

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P DE ENFERMERÍA

**Eficacia de una técnica audiovisual-participativa en el
conocimiento de las madres adolescentes primíparas
sobre los cuidados del recién nacido. Instituto
Nacional Materno Perinatal. 2010**

TESIS

para optar el Título Profesional de: Licenciada en Enfermería

AUTOR:

María Isabel Moya Malásquez

ASESOR:

Rocio Cornejo Valdivia De Espejo

Lima - Perú

2011

**EFICACIA DE UNA TÉCNICA AUDIOVISUAL-PARTICIPATIVA
EN EL CONOCIMIENTO DE LAS MADRES
ADOLESCENTES PRIMÍPARAS SOBRE
LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO.
INSTITUTO NACIONAL MATERNO
PERINATAL.**

2010

AGRADECIMIENTOS

A Dios por brindarme
la oportunidad de
vivir, y ser mi guía.

A mis padres y hermanos,
por apoyarme siempre en
todo lo que me he propuesto,
y por ser los motores que
me impulsan a ser mejor
cada día. A mis amigos por
su amistad incondicional.

A la Dra. Rocío Cornejo Valdivia,
por hacer posible la realización
de este estudio; además de
agradecer su tiempo, paciencia
y dedicación, que tuvo para que
esto saliera de manera exitosa.

INDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS.....	iv
INDICE GENERAL.....	v
INDICE DE TABLAS.....	ix
INDICE DE GRÁFICOS.....	x
RESUMEN.....	xii
SUMMARY.....	xiv
PRESENTACIÓN.....	xv

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

A. PLANTEAMIENTO, DELIMITACION Y ORIGEN DEL PROBLEMA.....	1
B. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	5
C. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA.....	5
D. OBJETIVOS.....	6
OBJETIVO GENERAL.....	6
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	7
E. PROPÓSITO.....	8
F. MARCO TEORICO.....	8
1. ANTECEDENTES.....	8

2. BASE TEORICA.....	15
1. Adolescencia.....	15
1.1. Aspectos Generales.....	15
1.2. Adolescencia e identidad.....	18
1.3. Problemas del adolescente.....	20
2. Situación de la adolescente y la maternidad.....	21
2.1. Estadística y situación de la adolescente y la maternidad.....	21
2.2. Madres adolescentes primíparas.....	23
3. Recién nacido.....	25
3.1. Generalidades del recién nacido y su autocuidado.....	25
3.2. Cuidados del recién nacido.....	26
a. El cuidado durante la lactancia materna.....	26
b. El afecto en el cuidado materno.....	30
c. EL cuidado respecto a la higiene del recién nacido....	33
d. El Cuidado respecto a la temperatura del recién nacido.....	35
e. El Cuidado en relación al descanso y sueño del recién nacido.....	36
f. El cuidado en relación a las eliminaciones del recién nacido.....	38

g. Los signos de alarma en el recién nacido.....	39
4. Proceso de enseñanza y aprendizaje.....	43
5. Generalidades de una técnica audiovisual- participativa..	44
5.1. Aspectos Generales.....	44
5.2. Importancia de la técnica.....	46
5.3 Fundamento de las metodologías y técnicas participativas.....	48
6. Rol educativo de la Enfermera y las estrategias didácticas.....	51
G. HIPÓTESIS.....	53
H. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS.....	53

CAPITULO II: MATERIAL Y MÉTODOS

A. TIPO, NIVEL, MÉTODO.....	56
B. SEDE DE ESTUDIO.....	57
C. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	59
D. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	60

1. Validez del instrumento.....	60
2. Confiabilidad del instrumento.....	61

E. PLAN DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS.....	61
F. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	62

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. RESULTADOS.....	65
B. DISCUSIÓN.....	80

CAPITULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES.....	84
B. LIMITACIONES.....	85
C. RECOMENDACIONES.....	86

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLA

TABLA Nº 5: CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO, ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE CADA TÉCNICA EDUCATIVA. INMP. LIMA-PERÚ. 2010.....	69
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO N° 1: CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO, SEGÚN CADA TÉCNICA EDUCATIVA, CON RESPECTO A LACTANCIA MATERNA. INMP. LIMA-PERÚ. 2010.....70

GRAFICO N° 2: CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO, SEGÚN CADA TÉCNICA EDUCATIVA, CON RESPECTO A LA HIGIENE DEL BEBÉ. INMP. LIMA-PERÚ. 2010.....73

GRAFICO N° 3: CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO, SEGÚN CADA TÉCNICA EDUCATIVA, CON RESPECTO AL DESCANSO Y SUEÑO DEL BEBÉ. INMP. LIMA-PERÚ. 2010.....74

GRAFICO N° 4: CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO, SEGÚN CADA TÉCNICA EDUCATIVA, CON RESPECTO A ELIMINACIONES DEL RECIÉN NACIDO. INMP. LIMA-PERÚ. 2010.....77

GRAFICO Nº 5: CONOCIMIENTO DE LAS MADRES
 ADOLESCENTES SOBRE LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO,
 SEGÚN CADA TÉCNICA EDUCATIVA, CON RESPECTO A LOS
 SIGNOS DE ALARMA. INMP. LIMA-PERÚ.
 2010.....78

RESUMEN

El presente estudio de investigación, pretende determinar la eficacia de una técnica audiovisual-participativa en el conocimiento de las madres adolescentes primíparas sobre el cuidado al recién nacido. Siendo el estudio de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, y método cuasi-experimental; constituido por una población 192 madres adolescentes; determinándose un tamaño muestral de 81 madres adolescentes. Para la recolección de datos las técnicas utilizadas han sido dos: la primera referida a la técnica audiovisual-participativa sobre “Cuidados del Recién Nacido en el Hogar”; y la segunda la entrevista-encuesta, aplicada a las madres adolescentes primíparas, tanto para el grupo control, como para el experimental. De los resultados obtenidos en términos generales, se evidencia que las madres adolescentes evaluadas antes de la aplicación de la técnica convencional, presentaron el 85% como conocimiento incorrecto, desconocen totalmente el 13% y sólo un 2% presentaron un conocimiento correcto. En los resultados del post-test, el conocimiento incorrecto aumentó al 87%, desconocen bajó al 6 % y manifestaron un conocimiento correcto el 2% de las madres del grupo control. Con respecto al grupo experimental, en el pre-test, un 93% presentaron un conocimiento incorrecto, y el 7% desconocían totalmente. Mientras que luego de la aplicación de la técnica audiovisual-participativa, el 93% presentaron

un conocimiento correcto, y solo el 2%, presentó un conocimiento incorrecto. En conclusión, la técnica audiovisual-participativa demostró su eficacia en el grupo experimental, ya que se pudo comprobar; que esta técnica facilita el aprendizaje para identificar, comprender y crear mensajes.

Palabras Claves: Técnica audiovisual participativa, conocimiento, madres adolescentes primíparas, cuidados del recién nacido.

SUMMARY

This research study aims to determine the efficacy of audiovisual techniques, participatory knowledge of primiparous adolescent mothers on the care of newborns. As the quantitative study, application level, and quasi-experimental method, comprising a population of 192 adolescent mothers; determining a sample size of 81 adolescent mothers. For data collection techniques used were two: the first referring to video-forum on "Newborn Care at Home" and the second the interview-survey, conducted primiparous teenage mothers, both for the control group as for the experimental. From the results obtained in general terms, there is evidence that teenage mothers evaluated before application of the conventional technique, showed 85% or incorrect knowledge, totally ignore the 13% and only 2% had correct knowledge. In the post-test results, incorrect knowledge increased to 87%, unknown 6% and dropped to a correct knowledge showed 2% of control mothers. With respect to the experimental group in the pre-test, 93% had incorrect knowledge, and 7% were unaware. While following the application of audiovisual technology, 93% had correct knowledge, and only 2% had incorrect knowledge. In conclusion, visual-art participatory proved effective in the experimental group, as we noted, that this technique makes learning to identify, understand and create messages.

Keywords: participatory audiovisual technique, knowledge, primiparous teenage mothers, newborn care.

PRESENTACIÓN

La adolescencia es una época de cambio en todos los órdenes: social, psicológico, sexual, físico y esto va a originar que sea una etapa susceptible para toda clase de problemas. A esto se agrega que el adolescente convive con una serie de factores de riesgo como son; los problemas en la organización familiar; la excesiva información que va a fomentar la liberación sexual y la promiscuidad, el deficiente manejo de ésta información por parte de los medios de comunicación; además del desinterés de los padres en lo referente a la vida social de sus hijos fuera del hogar, entre otros; son los factores que predispone a que ésta etapa se caracterice por la susceptibilidad al inicio precoz de las relaciones sexuales, teniendo como consecuencia la aparición del embarazo y con ello una maternidad a temprana edad.

Considerando que una vez ya alcanzada la maternidad por este grupo etéreo, entran en una serie de disyuntivas, al no contar con la madurez necesaria para afrontar esta nueva etapa de vida, en la mayoría de casos; es que se pone de manifiesto está problemática la cual motiva a la realización de la presente.

La característica principal del presente trabajo no sólo está en la contribución como aporte enriquecedor para la investigación; sino

primordialmente será en beneficio de las madres adolescentes primíparas, para generar un cambio en la forma de orientarlas sobre los cuidados neonatales; teniéndose en cuenta las referencias de las entidades de salud, las cuales señalan que las madres adolescentes son consideradas como población de riesgo.

Es así que la problemática de esta investigación se realiza por el interés de brindar información a las madres adolescentes primíparas sobre los cuidados al recién nacido en el hogar, mediante una educación didáctica como lo es la técnica audiovisual-participativa, considerándose que ésta transmite ideas o sensaciones, que logran en el espectador la capacidad de percibirlas y comprenderlas de manera clara y sencilla; fomentando en este caso a las madres adolescentes primíparas al adecuado cuidado del recién nacido.

Se pone de manifiesto el objetivo general de determinar la eficacia de una técnica audiovisual-participativa en el conocimiento de las madres adolescentes primíparas sobre el cuidado al recién nacido; el interés de hacer este tipo de técnica, es intervenir en acciones promocionales de la salud, dichas acciones encierran actividades en relación a los conocimientos en las madres adolescentes primíparas, mediante la técnica propuesta. Lo cual según el marco de la teoría de la investigación se realizará con una serie de entrevistas a las madres

adolescentes primíparas, tanto a aquellas que recibirán una educación convencional, como a las que recibirán una técnica audiovisual participativa; para valorar la verdadera significancia de ésta técnica en el conocimiento adquirido post-aplicación.

La presente investigación consta de tres capítulos, divididos en:

Capítulo I: Planteamiento, delimitación y origen del problema; formulación; justificación del problema; objetivos; propósito y marco teórico, el cual está compuesto a su vez por: antecedentes y base teórica; hipótesis, definición operacional de términos. Capítulo II: Tipo, nivel y método; sede de estudio; población y muestra; técnicas e instrumentos de recolección de datos; plan de recolección, procesamiento y presentación de datos; y consideraciones éticas. Capítulo III: Resultados y discusión. Capítulo IV: Conclusiones, limitaciones y recomendaciones.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

A. PLANTEAMIENTO, DELIMITACIÓN Y ORIGEN DEL PROBLEMA

Todos los estados consideran en sus políticas de salud, la atención a su población de riesgo, que en este caso recae en la población adolescente materno perinatal; es por ello que el presente trabajo pretende contribuir de manera sencilla y diferente a la salud de esta población.

Según el INEI (CENSO realizado en el 2007) el 7,3% (160,258) de la población son madres adolescentes entre 12 a 19 años de edad.

Por otro lado la OMS sostiene que cada año 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 se convierten en madres, lo que representa

aproximadamente el 11% de todos los nacidos en el mundo. Cada día mueren en todo el mundo unas 1000 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Así mismo, refiere que sólo disminuye un 2,3% de mortalidad al año. Este organismo añade, que las adolescentes son la población con mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo; y que el riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida es de 1 en 4300 en los países desarrollados y de 1 en 120 en los países en desarrollo.¹

Las madres adolescentes (entre los 10 y 19 años) cursan una situación muy especial, pues su configuración anatómica y psicológica aún no ha alcanzado la madurez necesaria para cumplir el rol de madre; y hay que tener en consideración que esta fase de la vida se caracteriza por un cambio rápido en el comportamiento del individuo y por la flexibilidad de la estructura psíquica, lo cual condiciona a la adolescente a enfrentar una maternidad inefectiva a temprana edad.²

La maternidad tiene un impacto psicológico, cultural, social y biológico en cualquier edad; y en la adolescencia supone mayores complicaciones tanto para la madre como para el niño, ya que se ha identificado un aumento en la tasa de morbi-mortalidad materna e infantil. La repercusión se observa en la esfera personal y social de la adolescente, por tener que asumir el reto de desempeñar el rol de

madre y enfrentarse a una nueva situación en donde se convierte en la responsable del cuidado, atención y educación de su hijo.^{2,3}

Las madres adolescentes usualmente atraviesan grandes dificultades. En primer lugar, como ya se menciona están las complicaciones propias del embarazo, luego están las sociales, en las cuales la joven madre desea participar en las actividades propias de su edad, y finalmente las psicológicas que demandan durante los primeros meses un intenso lazo afectivo materno-infantil que la madre adolescente no está preparada para dar, ocasionando muchas veces abandono emocional del niño. Esta relación afectiva, es la base para el desarrollo general del bebé durante sus primeros meses de vida. Los bebés que “luchan por la vida” sin importar las condiciones de salud o nutrición, usualmente han sido positivamente estimulados por la madre desde su nacimiento. Por otro lado, los bebés pueden nacer con una “salud óptima” en peso y desarrollo, pero la falta de estímulo no les permitirá progresar al mismo paso y quedarán atrás en su desarrollo.⁴

Durante la hospitalización en el servicio de Adolescente del Instituto Nacional Materno Perinatal, las madres adolescentes muestran una serie de dudas y temores concernientes al cuidado del recién nacido; en este caso se suele dar educación mediante el Programa *Mamá ayúdame a ser feliz*, puesto en marcha los días lunes,

miércoles y viernes; y dirigido por una enfermera. Este programa está basado en una charla educativa, donde se da una información con una metodología pasiva y convencional; basándose en una exposición con ayuda de rotafolios y/o trípticos, teniendo una duración no mayor a 15 minutos por sesión en relación a los cuidados del recién nacido. Así mismo, cabe mencionar que la gran mayoría de madres adolescentes reciben mayor información en relación al tema de lactancia materna, eso sí sin obviar los otros puntos considerados para los cuidados del bebé. Además, cabe precisar que sólo las madres que permanecen un tiempo de hospitalización más prolongado reciben educación en relación al baño del recién nacido, siendo este impartido mediante una demostración práctica.

En tal sentido, al ser los cuidados del recién nacido un tema tan importante, y a fin de promover los cuidados adecuados que debe brindar la madre adolescente primípara al bebé en el hogar; se propone probar la eficacia de una técnica audiovisual-participativa, teniendo en cuenta que esta metodología motiva y estimula el interés hacia un determinado tema, facilitando el proceso de enseñanza-aprendizaje. Es así, que el presente trabajo ha sido desarrollado para generar un cambio en la forma de orientar a las madres adolescentes primíparas sobre los cuidados neonatales, a fin de motivar a la madre a cuidar al recién nacido, considerando la importancia que esto tiene.

B- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo antes mencionado se pretende investigar:

¿Cuál es la eficacia de una técnica audiovisual-participativa en el conocimiento de las madres adolescentes primíparas sobre los cuidados del recién nacido, en el Instituto Nacional Materno-Perinatal, 2010?

C. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Considerando que las madres que son adolescentes, al ser una población todavía en período de formación físico, emocional y sociocultural; deben dar un paso forzado hacia la madurez, con el embarazo a temprana edad; y en la mayoría de casos sin el apoyo familiar como para asumir el reto de velar por la vida de otro ser humano. Tienen la necesidad de una educación integral para garantizar un buen nivel de cuidados orientados a proteger la integridad física y emocional del neonato.

Tomando en cuenta que la charla convencional que se brinda a todas las madres al momento del alta, no distingue edades ni mucho menos aprecia el temor y la ansiedad por iniciar una etapa nueva y

totalmente desconocida, es que se pretende motivar a este grupo de madres adolescentes con un material educativo audiovisual-participativo que tome en cuenta sus dudas, sus temores y les muestre de manera objetiva cómo se debe cuidar a un recién nacido; teniendo en cuenta que el objetivo de este tipo de técnica es generar la participación, el análisis, la reflexión y un cambio de actitud consciente y duradero en los participantes; y que este medio conduzca a una planificación de acciones para la solución de problemas; facilitando el aprendizaje, profundizando el tema expuesto y propiciando además a una educación eminentemente participativa. Por tanto, es que se considera que esta investigación va a ser sumamente valiosa, y contribuirá a resolver todas las interrogantes de las madres adolescentes.

D. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la eficacia de una técnica audiovisual- participativa en el conocimiento de las madres adolescentes primíparas sobre el cuidado al recién nacido.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar los conocimientos de las madres adolescentes primíparas sobre el cuidado al recién nacido, antes de la implementación de las técnicas, tanto en el grupo experimental y control.
- Identificar los conocimientos de las madres adolescentes primíparas sobre los cuidados al recién nacido, luego de la técnica convencional, en el grupo control.
- Identificar los conocimientos de las madres adolescentes primíparas sobre los cuidados al recién nacido, luego de la aplicación de la técnica audiovisual-participativa, en el grupo experimental.
- Comparar la variación del conocimiento sobre los cuidados al recién nacido en ambos grupos de madres (experimental y control).

E. PROPÓSITO

El propósito del presente estudio de investigación es mostrar una nueva alternativa para impartir conocimientos que brindan los enfermeros a los usuarios, en este caso a las madres adolescentes primíparas sobre los cuidados al recién nacido; a través de una técnica audiovisual-participativa, ya que su empleo estaría permitiendo que las madres adolescentes se acerquen al contenido de una forma más amigable, clara y entretenida; permitiendo una mayor adherencia de información.

F. MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES:

Luego de revisar trabajos de investigación a nivel nacional e internacional, se han seleccionado los siguientes:

En el año 2006, Gloria Carmen Sánchez Pinares estudió “Efectividad de una dinámica grupal para madres adolescentes en el conocimiento y prácticas del cuidado del recién nacido en el Hospital

Nacional Hipólito Unanue Noviembre 2005 - Febrero 2006”
concluyendo que:

“El conocimiento de las madres adolescentes, del grupo experimental, sobre el cuidado de su recién nacido valorado en el pre test es bajo en el 28.1% y en el post test en mayor porcentaje mejora sus conocimientos y es regular medio en el 34.4%. Las practicas de las madres adolescentes del grupo experimental en el pre test es inadecuada en el 32.8% cifra que mejora en el post test a adecuada en el 35.9%”.⁵

“Influencia de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre prácticas de autocuidado durante el puerperio en adolescentes”, fue realizado por Yaqueline Calderón Candia y colaboradores, en 2007; utilizando el método cuasi-experimental, con pre y post evaluación con un cuestionario autoaplicado de 24 preguntas; concluyendo que:

“La intervención educativa personalizada, influyó significativamente en el nivel de conocimiento de las adolescentes sobre las prácticas de autocuidado durante el puerperio inmediato y mediato, clasificándose antes de la intervención en el nivel medio el 52,3% ($x = 24,5 \pm 10,4$ DE) y después de la intervención en nivel alto el 100,0% ($x = 94,5 \pm 1,2$ DE)”

En consecuencia, es importante que el personal de salud y, en especial la enfermera, identifique las necesidades de información que requiere la adolescente, desarrolle y refuerce los programas educativos sobre autocuidado en el puerperio durante la fase de trabajo de parto, utilizando estrategias que aseguren que la adolescente sea consciente de esa necesidad y ejerza su autocuidado”.

6

El estudio: “Cuidar - Cuidado de Enfermería a las madres y recién nacidos sanos desde una perspectiva cultural - Hospital de Apoyo I “José Alfredo Mendoza Olavarría. Tumbes, julio 2004 - Enero 2005 “, realizado por María del Rosario Noriega Burga y Santos Oscar Silupú Barrientos; reporta:

“El presente estudio cualitativo, con enfoque etnográfico que emplea la observación en el escenario cultural, elegido por los investigadores, permitió conocer y comprender el cuidar - cuidado de enfermería a las madres y recién nacidos sanos. Después de las observaciones y las entrevistas a la población en estudio emergieron las siguientes categorías: Cuidando:, haciendo énfasis en el aspecto biológico, involucrando al equipo de salud y a los sistemas de apoyo, intentando fomentar el vínculo afectivo madres-recién nacido, teniendo en cuenta la esfera religiosa de las madres, patrones culturales que influyen en

los cuidados en el recién nacido; y evidenciando diferentes tipos de costumbres desde la perspectiva de la enfermera profesional”.⁷

En el año 2000, Rosa María Alonso Uría y colaboradores; estudiaron “Educación a madres adolescentes para el cuidado de los hijos”. Cuba. Utilizaron el método descriptivo de intervención-acción; obteniendo como resultados que:

“...se encuentra que el 90,9 % de los niños estaban normopesos, el 98 % presentó un examen físico neurológico normal, el test de desarrollo intelectual fue normal en el 97,6 %, la morbilidad fue en descenso, la lactancia materna hasta los 3 meses se garantizó en el 90,9 % de los casos, y más del 90 % no presentó ingreso hospitalario en el período. Con la implementación del programa educativo se modificaron hábitos y estilos de vida, que influyeron en el mejor comportamiento del proceso salud-enfermedad en los hijos de madres adolescentes”.⁸

En el año 2005, Vanesa Jiménez Arroyo e Ivonne Hurtado Vásquez realizaron la investigación: “Apoyo Educativo de Enfermería en Cuidados Maternales de las Adolescentes Primíparas”. México; el cual tuvo como objetivo determinar la influencia del apoyo educativo de enfermería en los conocimientos, habilidades y motivación de cuidados

maternales en las adolescentes primíparas. Se realizó un estudio cuantitativo, correlacional, pre-experimental; obteniéndose como resultados:

“En los datos de la escala de Cuidados Maternales pre y post intervención de la población estudiada, se apreció la diferencia en las dimensiones de conocimientos, habilidades y motivación; en la primera medición se obtuvo 72.91 ± 10.70 , en la segunda medición aumentó a 112.91 ± 5.10 , por lo cual, es evidente el incremento de cuidados maternales que brinda a su hijo(a) la adolescente primípara. La relación entre el apoyo educativo de enfermería y los conocimientos, habilidades y motivación de cuidados maternales de las adolescentes primíparas fue de $t -15.298$ y $p < 0.000$ altamente significativa”.²

Y concluyendo:

“El apoyo educativo de enfermería en cuidados maternales de las adolescentes primíparas es efectivo, sin embargo estos aspectos tendrán que ser evaluados constantemente para evidenciar su eficacia y efectividad de los cuidados que brindan las adolescentes a sus hijos”.²

En el 2004, Karina Brizuela y colaboradores, estudiaron “Nivel de conocimiento de las pacientes en relación a los cuidados del recién nacido en la unidad Go4 en el Hospital Central Universitario Antonio María Pineda”. Venezuela. Estudio descriptivo, prospectivo transversal, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos de las pacientes en relación a los cuidados del recién nacido, reportándose:

“En relación con el nivel de conocimiento general sobre los cuidados del recién nacido, se apreció que, en el pre-test el 60% se ubicó en el nivel regular, el 30% en un nivel malo y un 10% en un nivel bueno. Una vez realizada la sesión educativa y aplicada el post-test el 75% de las madres encuestadas se ubicó en un nivel bueno, seguido del regular con un 15%, demostrándose así la eficacia de la sesión educativa impartida a las madres que se encontraban en la unidad de estudio”.⁹

Milagros Varón y Col., en el 2008, estudiaron: “Lactancia materna en madres adolescentes. Una visión del cuidado humano”, cuyo propósito fue; interpretar el significado que le asigna la madre adolescente a la lactancia materna como valor del cuidado humano y, así ayudar a lograr un amamantamiento exitoso, reportando como conclusiones:

“Por ser el cuidado un valor en la madre adolescente, cada una le da un significado particular necesario para tomar sus propias decisiones en cuanto a lactancia materna se refiere. Los conocimientos sobre la lactancia materna no bastan para que su práctica sea exitosa, es necesario que la madre adolescente sienta seguridad y confianza para amamantar.

Se puede interpretar de estos resultados que para las madres adolescentes entrevistadas, el significado de “amamantar” es lo más importante en el cumplimiento de su responsabilidad de “ser madre”, como un valor del cuidado que le brinda a su hijo”.¹⁰

Los trabajos de investigación citados, poseen una gama de características fundamentales que se estrechan de manera muy compacta con el problema de estudio de la presente investigación; en su mayoría los trabajos presentan dos tiempos de aplicación basándose en un pre y un post test, existiendo una diferencia entre ambos, y aumentando considerablemente los resultados en la segunda fase, evidenciándose con ello la capacidad de poder captar la información por parte del grupo objetivo, para lograr el propósito propuesto, en base a técnicas diferenciales a las convencionales.

2. BASE TEÓRICA:

La base teórica dará a la investigación el sistema coordinado y coherente de conceptos y proposiciones que permitirán abordar el problema; a fin de situar éste dentro de un conjunto de conocimientos, que posibilitarán sistematizar, clasificar y relacionar entre sí los fenómenos particulares a estudiar. Así mismo orientar la búsqueda y ofrecer una conceptualización adecuada de los términos a utilizar en el trabajo.

1. Adolescencia.

1.1. Aspectos Generales:

La adolescencia, es una etapa de proceso evolutivo universal, cuya regulación esta inscrita en el patrimonio genético de la especie humana, y que salvo patología grave y en un tiempo breve, hace que el cuerpo del niño se convierta en un cuerpo adulto, en su forma y funcionamiento. Cabe pues hablar de una verdadera metamorfosis, impuesta por la naturaleza, que modifica las imágenes de uno mismo, estimula nuevas conductas y nuevas competencias, y transforma

necesariamente las relaciones del joven con su medio familiar y social.

11

La adolescencia considerada como la etapa de transición de la niñez a la adultez en el desarrollo, oscila entre los diez y doce años de edad, cuando aparecen los cambios anátomo-fisiológicos y psico-sociales propiamente dichos, y culmina a los diecinueve años.

La adolescencia puede dividirse en tres etapas:

- Adolescencia inicial: desde los 10 a 13 años.
- Adolescencia media: desde los 14 a 16 años.
- Adolescencia tardía: 17 a los 19 años.¹²

Entre las características de esta etapa, tenemos:

Características anátomo-fisiológicas: En sus comienzos se caracteriza por una fuerte aceleración del ritmo y de la amplitud de los cambios corporales, cuyo impacto concierne tanto a las chicas como a los chicos, a sus familias y al ambiente socio-cultural que los rodea. Este desarrollo es desencadenado por un incremento importante de la producción de las hormonas sexuales, que estimulan el desarrollo de la talla y de las masas muscular y adiposa; así como el aumento del volumen y la maduración de los órganos genitales. Un mecanismo de

retrocontrol neuro-hormonal regula, a todos los niveles, el desarrollo y el funcionamiento de este sistema.

Otros componentes de la transición de la infancia a la edad adulta en el proceso de maduración son: el volumen del corazón aumenta, al tiempo que se modifica el funcionamiento cardiovascular y se amplía el volumen de los pulmones y la capacidad respiratoria. La fuerza muscular se acrecienta más en los varones que en las niñas; y aumenta también el volumen del cerebro. Entre los cambios mas directamente perceptibles destaca el rostro redondeado de las chicas y alargado de los chicos, a la vez que los olores corporales se modifican.

11

Características psicológicas: el adolescente vive intensamente la experiencia de los cambios que, de alguna manera, siempre le concierne. El joven percibe en la intimidad de sí mismo las fuerzas y sensaciones, procedentes tanto de la sexualidad de su cuerpo como de los cambios que se operan en sus relaciones con los otros. Los cambios corporales y la manera como el joven los percibe, acoge y asimila modifican el contexto de sus relaciones con los otros (adultos y adolescentes).

Para una gran mayoría de adolescentes esta etapa no constituye experiencias traumatizantes. Así, el crecimiento y la sexualidad del cuerpo son percibidos como los signos de desarrollo-progreso, pues enriquecen la personalidad y preparan el futuro. Sin embargo algunos adolescentes viven mal la experiencia de estos cambios, tanto en sí mismo como en sus relaciones con el ambiente que los rodea: escuela, familia y compañeros. Es aún más inquietante que guarden para sí, el malestar interior que les perturba; su reacción, es a veces, descuidar o modificar su propio cuerpo, lo que puede tener ciertas derivaciones patológicas más o menos graves, constituyendo un problema de esta etapa.¹¹

1.2. Adolescencia e identidad:

El desarrollo más importante de la adolescencia es la propia individualidad, la propia identidad. Este proceso culmina en la adolescencia, pero el desarrollo humano como persona dura toda a vida. Al inaugurarse el concepto de adolescencia, las perspectivas y condiciones de la mujer y del chico cambian de manera casi radical tanto desde los campos sociales como en los campos individuales.

La adolescencia, es un tiempo privilegiado en el proceso de conformación en todas sus dimensiones, creando nuevos estilos de vida, una nueva concepción del mundo y los valores, las relaciones interpersonales y el sentido de la existencia. La aceleración del crecimiento produce un salto hacia la nueva realidad: el desarrollo de nuevas capacidades y la potenciación de recursos. Esto llega con la crisis de la identidad de la adolescencia.¹³

En la adolescencia el joven busca una definición de aspectos muy importantes, trascendentales para su vida:

- En lo personal, a través del ejercicio de roles, adquiere un sentido de sí mismo y de su identidad.
- En lo social, redefine vínculos con pares y familiares, adquiere el sentido de responsabilidad y el intercambio de valores y conductas.
- En lo intelectual, su desarrollo le permite alcanzar la capacidad de razonamiento abstracto, una memoria eficaz que conecta datos en una forma más amplia y un desarrollo de la imaginación y de la percepción más creativa; todo lo cual le permite un aprendizaje más intencional y motivado.

La adolescencia supone cambios, transformación del cuerpo de los modos de ser, de las ideas, las inclinaciones, los gustos, deseos,

sentimientos y afectos. Pero estos cambios terminan configurando lo que caracteriza a cada uno, su modo peculiar de ser, su modo de vivir, su cuerpo, sus relaciones. Con esto se hace una mujer, se identifica a un varón.¹³

1.3. Problemas del adolescente:

La adolescencia se considera como una etapa de la vida que, por su misma naturaleza, entraña graves conflictos y trastornos en la medida en que el adolescente trata de romper su dependencia con la niñez y lucha por alcanzar la identidad adulta independiente. Los problemas de los adolescentes se ven como algo común y corriente, más que como signos de que algo anda mal. Sin embargo la corriente actual de pensamiento tiende a ver menos dificultades en el proceso y mucha más continuidad, entre el niño de ayer, el adolescente de hoy, y el adulto de mañana. Destacan entre estos problemas:¹³

- Embarazo no deseados.
- Maternidad precoz.
- El aborto.
- Las enfermedades de transmisión sexual, entre otros.

2. Situación de la adolescente y la maternidad.

2.1. Estadística y situación de la adolescente y la maternidad:

El embarazo adolescente o maternidad precoz es lo que ocurre en la etapa de la vida cuando no se ha terminado de madurar biológica y psicológicamente; es una situación de alto riesgo por múltiples factores entre físicos y psicológicos.

Según las estadísticas del Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Estadística e Informática, y otros; acerca de este tema, reportan, que en el Perú:

- Según los resultados del Censo de Población y Vivienda del 2007, en el país existen 160 mil 258 madres cuyas edades es entre 12 a 19 años de edad. Del total de madres de este grupo de edad: 4 mil 562 son niñas madres, es decir, tienen entre 12 a 14 años de edad y 155 mil 696 tienen entre 15 a 19 años.

- Así mismo, los resultados del Censo Nacional, 2007, revelan que del total de madres adolescentes entre los 12 a 19 años de edad que hay en el país (160 mil 258), sólo 51 mil 713 de ellas accede o está cubierta por algún seguro de salud, lo que representa en cifras

porcentuales el 32,3%; mientras un número considerable de este grupo poblacional (108 mil 545) no accede a este servicio y representa el 67,7%.

- Las mayores tasas de maternidad adolescente se presentan en los departamentos de la Selva, principalmente en Loreto, Ucayali, San Martín y Madre de Dios, donde más del 20% de adolescentes entre los 15 y 19 años de edad ya experimentaron la maternidad.

- Más de la mitad (58,3%) de las madres adolescentes entre los 12 a 19 años de edad alcanzaron a estudiar algún año de educación secundaria y cerca de una tercera parte (31,2%) tienen a lo más algún año de educación primaria; el resto, es decir, el 4,5% alcanzó a estudiar educación superior no universitaria incompleta, el 2,6% superior universitaria incompleta.¹⁴

Por otro lado, la OMS refiere que el embarazo en la adolescencia (entre los 10 y 19 años) constituye un importante problema de salud, tanto por la incidencia de mortalidad que lo origina, como por la magnitud de la morbilidad que les acompaña, siendo considerada las adolescentes como población en riesgo.

La OPS señala que más de 15 millones de adolescentes entre 15 a 19 años se convierten en madres, anualmente. Añade que la gestación a destiempo se considera un problema de salud pública y de alto riesgo para la madre y su hijo, aumentando la morbi-mortalidad infantil.

El MINSA refiere que el Perú ocupa el séptimo lugar como país con mayor población adolescente alcanzando el 20.72%, del total de peruanos y que las regiones con mayor pobreza en el país, presentan mayores porcentajes de esta población, comparados a otros con mayor desarrollo. Así mismo, resalta reconocer las consecuencias del embarazo no planificado en adolescentes como un problema de Salud Pública y declara prioritarios los planes para su prevención y atención integral.

2.2. Madres adolescentes primíparas:

Las condiciones actuales de vida favorecen las tempranas relaciones sexuales de los jóvenes. No obstante la escuela y la familia hacen muy poco por la educación sexual de los niños y adolescentes; obligando a los jóvenes a buscar información en otras fuentes, sobre todo en amigos o en lecturas poco serias y nada orientadoras.

Existen millones de mujeres en el mundo expuestas a riesgos que las puedan llevar a embarazos no deseados. Adolescentes en edad cada vez más temprana viven el drama de la maternidad no deseado, con ejes de tragedia frente al escándalo de la institución educativa, el rechazo de los padres y el desprecio o la indiferencia de los demás. Sin preparación alguna las adolescentes llegan a ella y esa imprevista situación desencadena una serie de frustraciones, sociales y personales.

La situación de las madres adolescentes primíparas, sus hijos y sus perspectivas a futuro constituyen un tema escasamente indagado. A pesar de su actualidad y vigencia no ha sido un tema de políticas sociales, sin embargo, el criterio de la edad de las madres adolescentes ha estado presente en la focalización de distintos programas, especialmente en el sector salud.

Una serie de problemas asociados constituyen nuevos aspectos de esta problemática, por ejemplo, la soltería, el abandono del progenitor, la dificultad de inserción laboral y término de estudios, los riesgos psico-sanitarios en el hijo y a veces la recurrencia del segundo embarazo en el periodo de la adolescencia.¹⁵

RUOTTI: “Plantea que el embarazo en cualquier edad constituye un hecho bio-psico-social muy importante pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que puedan atentar tanto contra la salud que no debe ser considerado solamente en términos del presente sino futuro por las complicaciones que acarrea”. ⁵

Los hijos de madres adolescentes primíparas, por lo general están en situación desventajosa, dada la inmadurez física y emocional de la madre y, el hecho de que al tener un hijo por lo general se interrumpe su escolarización. Y los riesgos son aún más especiales si la madre adolescente es soltera, de situación económica baja, o si el niño no es deseado. La desventaja de ser madre adolescente llega a su máximo cuando estas condiciones se agrupan. ⁴

3. Recién nacido.

3.1. Generalidades del recién nacido y su auto-cuidado:

Se denomina recién nacido o neonato al niño cuya edad gestacional calculada va proveniente de una gestación de 22 semanas o más; desde que es separado del organismo de la madre hasta que cumple 28 días de vida extrauterina.

En relación al auto-cuidado; en este caso referido al agente de cuidado dependiente, el adolescente o el adulto; que acepta asumir la responsabilidad de conocer y cubrir las demandas terapéuticas de auto-cuidado de otras personas importantes para él, que dependen socialmente de él. Y en donde, la actividad de la enfermera, es la capacidad desarrollada para actuar, saber y ayudar a las personas en relación a cubrir sus necesidades terapéuticas de auto-cuidado; basándose en métodos de ayuda, seleccionados y combinados, los cuales si se llevan a cabo, resolverán o compensarán las limitaciones asociadas a la salud de las personas implicadas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo, o el de sus dependientes.¹⁶

3.2. Cuidados del recién nacido:

a. El cuidado durante la lactancia materna:

Es importante que la madre tenga información acerca de la lactancia materna, ya que va a aportar importantes ventajas, entre las que destacan: mejor estado nutricional, mayor protección inmunológica, menor riesgo de sensibilización alérgica¹⁴; menor morbi-mortalidad

infantil; además, los movimientos de succión al pecho van a ayudar a fortalecer toda la musculatura facial.

Además de las ventajas fisiológicas de la leche materna, el beneficio psicológico más importante de la lactancia de pecho es la estrecha relación que se establece entre la madre y el hijo¹⁵ lo que va a suponer una oportunidad única para tener un contacto íntimo con el bebé y aumentar el vínculo entre la madre y el recién nacido.

La madre debe conocer la técnica de lactancia, considerando:

- Mantener un ambiente tranquilo y agradable.
- Hacer el correcto lavado de manos, y la higiene de la mama, en forma rotativa (de adentro hacia fuera) usando sólo agua.³
- Colocarse en una postura cómoda. No hay reglas respecto a que deba permanecer sentada o recostada.¹⁷

La posición para la alimentación al seno requiere que la madre tenga el brazo del lado del pecho que ofrece como si estuviese en un cabestrillo, y que coloque al recién nacido a su lado, sobre su brazo, con la cabeza cerca del codo y las nalgas apoyada en la mano. Así el bebé está colocado frente al pecho. Debe tenerse cuidado de que los brazos de la madre no se interpongan entre la mama y el neonato. La

mano libre puede presionar el pecho con el pulgar por arriba y los otros dedos por debajo.¹⁸

Luego, cuando la boca del neonato esta cerca del pecho, si la madre le toca la mejilla con su pezón, él se vuelve hacia el pezón y abre su boca (reflejo de búsqueda), entonces la madre inserta el pezón y la areola en el interior de la boca tan profundo como le sea posible. La boca cubre el pezón y la areola cuando este adecuadamente ubicada, y gran parte del tejido de la mama se succiona al interior de la boca. Esto permite que el bebé masajee la mama extrayendo la leche del sistema colector.

Dejar al niño que mame el tiempo suficiente hasta que vacíe el pecho y se separe espontáneamente. Al principio de la toma, la leche es rica en proteínas e hidratos de carbono, mientras que al final lo es en grasas. Por esta razón, si no permitimos que tomen el pecho el tiempo suficiente para ingerir la leche del final de la tetada, el niño tomará menos grasa, con lo que quedará menos saciado y ganará menos peso.

El tiempo de succión es variable. Es poco lógico sugerir que se restrinja cada alimentación a un tiempo determinado, porque esto implica que todos los lactantes tienen la misma velocidad de succión y

que todos los pezones y mamas son iguales. Varios autores están convencidos de que la mayoría obtiene casi toda la leche que necesita en los primeros cinco minutos de succión, casi ninguno necesita más de 15 minutos de succionar realmente en cada seno. La mayoría de madres se sienten cómodas al permitir que el niño succione unos 10 minutos en cada pecho; y que posteriormente succione el segundo pecho.¹⁸

A mitad de la toma y al finalizar ésta, coloque al recién nacido, en forma erecta hasta conseguir que eructe. Tras la toma, coloque al recién nacido en posición ligeramente elevada y si presenta distensión abdominal, déjele en decúbito lateral derecho. Estas posiciones reducen el riesgo de aspiración al facilitar el vaciado gástrico y la eliminación de gases intestinales.¹⁹

En cuanto a los horarios de las tomas, lo ideal es que estos vengan determinados por el hambre del lactante. Este sistema de alimentar a los bebés, cuando lo desean se denomina alimentación a demanda. Sin embargo, muchas madres utilizan la alimentación programada, establecida con determinados intervalos para que se acomode a la rutina de la familia. Puesto que los pequeños alimentados al pecho tienden a estar hambrientos cada 2 o 3 horas, la alimentación deberá ser a demanda.¹⁵ El lactante pequeño se alimenta alrededor de 10 veces o más en 24 horas.¹⁸

De no adquirir, ni poner en practicar la lactancia materna, traerá desventajas no sólo en el niño, causándole infecciones, retraso en el crecimiento y desarrollo, u otros; sino que además la madre podrá adquirir: infección, mastitis, pezón umbilicado, agrietamiento, entre otros; muy aparte del daño psico-emocional entre la madre y el bebé.

b. El afecto en el cuidado materno:

El proceso de maternidad se basa en la relación mutua entre los padres y el bebé. Aunque los términos vínculo y cariño se emplean muchas veces para designar dos fenómenos diferentes *vínculo* como el desarrollo de lazos afectivos de los padres hacia el hijo, y *cariño* como los lazos de éste hacia los padres, pues ambas palabras se utilizan en forma indistinta para designar ambos procesos.

Cuanto más se aprende sobre la complejidad de los neonatos y sobre su potencial para influir y transformar su entorno, en particular su interacción con otras personas significativas, más claro resulta el fenómeno de relaciones paterno-filiales positivas.²⁰

Conducta del lactante: Se debe apreciar la individualidad y unicidad de cada lactante. Según su temperamento cambiará y modificará su entorno, lo que sin duda influenciará en su desarrollo futuro. Las características conductuales del bebé tienen implicaciones para los padres, por que el establecimiento de cualquier relación se basa en la respuesta recíproca a las señales de cada uno. Así el lactante que responde a los abrazos, a las sonrisas y a los arrullos provoca una respuesta atenta y gustosa de los padres, que reforzará tales conductas. En cambio, él que se pone rígido cuando se le coge, mira hacia otro lado cuando alguien se acerca demasiado o llora después de las tomas provoca casi siempre sentimientos de rechazo, insatisfacción e inseguridad en los padres, que pueden dificultar seriamente el proceso de unión.²⁰

Cariño materno: Se considera: la posición cara a cara, en la que los ojos de la madre y del lactante mantienen un contacto visual en el mismo plano vertical. Otro factor que influye en el establecimiento de un vínculo satisfactorio es la reciprocidad, del mismo modo que la madre responde al bebé, éste debe responder a ella con alguna señal, como succionando, arrullando, con el contacto visual, agarrando o amoldándose (al cuerpo materno durante el contacto físico). Se describen cinco etapas en la reciprocidad madre-hijo (Brazelton) la primera es la de **iniciación**, en la que la interacción entre el lactante y

la madre comienza. La siguiente es la **orientación** que establece las expectativas de cada uno durante la interacción. Después viene la de **aceleración** del ciclo de atención, hasta un pico de excitación. El lactante tiende la mano y arrulla, estira hacia delante ambos brazos, mueve la cabeza hacia atrás, se le dilatan los ojos. Tras un periodo de tiempo corto aparece la **desaceleración** de la excitación y la desviación de la mirada, etapa en la que el lactante aparta su vista de su madre. En una buena interacción entre la madre y el hijo, los ciclos de atención y no atención estarán sincronizados. Esta conducta interactiva recíproca es observable normalmente en el lactante de 2 o 3 semanas de edad.

La monotropía, es otro componente del vínculo que tiene un significado especial, ya que con ella se alude al principio según el cual una persona puede unirse de forma óptima a un sólo individuo a la vez (Klaus y Kennell). ²⁰

Se debe favorecer el establecimiento del vínculo afectivo madre-hijo a través de: lactancia materna, el momento del baño, el cambio de pañal, etc. ²¹

c. EL cuidado respecto a la higiene del recién nacido:

Durante el baño debe tenerse en cuenta la temperatura del agua, la vigilancia del lactante en todo momento y las corrientes de aire. Si se utilizan esponjas, deben secarse por completo entre cada uso, para evitar el crecimiento de microorganismos. Una de las consideraciones más importantes en la limpieza de la piel es el mantenimiento del pH, que es alrededor de 5 después del nacimiento; una superficie cutánea ligeramente acidificada, tiene efectos bacteriostáticos.

El baño debe efectuarse en dirección céfalo-caudal, teniendo en cuenta el cuidado de la fontanela, manteniendo una duración máxima de 5 minutos. Se inicia por la limpieza de los ojos, la cual debe efectuarse desde el lagrimal (parte interna) hacia la parte externa.²² A continuación se limpia la cara: y se inspecciona y limpia con detalle las narinas, con un paño humedecido en dirección hacia abajo; luego las orejas deben limpiarse con el extremo doblado de un paño, y no con un bastoncillo de algodón, el cual, si se inserta en el canal, puede dañar el oído. Seguidamente se limpia el cuero cabelludo, El resto del cuerpo debe lavarse en forma similar. Sin embargo, ciertas zonas como los pliegues del cuello, las axilas y las arrugas de las articulaciones, requieren una atención especial. El área que rodea al cuello es especialmente propensa a presentar erupciones cutáneas por

regurgitación del alimento y debe ser lavado y secado presionando la toalla contra la piel y no frotando, para evitar así acúmulo de humedad, lo que facilitaría irritación.²² Cuidar el secado de la cabeza, ya que representa la cuarta parte de la superficie corporal y por ello, un secado incompleto provoca pérdida importante de calor por evaporación.¹⁹ No olvidar el recorte de las uñas de las manos y de los pies.

Los genitales de ambos sexos requieren de una limpieza cuidadosa. La limpieza en el caso de las mujeres se realiza en dirección de delante a atrás, la importancia de esta higiene para el lactante, genera protección contra infecciones del tracto urinario. La limpieza de los genitales masculinos consiste en el lavado del pene y del escroto. En ocasiones el esmegma, debe ser retirado limpiando alrededor de las glándulas; limpiar debajo y alrededor del prepucio, retrayéndolo con suavidad sólo hasta donde llegue y volviéndolo a su posición normal. Si el prepucio no es retraído, comprime los vasos sanguíneos que nutren el glande del pene y causa edema.

Las nalgas y el área anal se limpian con cuidado para retirar cualquier material fecal. Y como el resto del cuerpo, se secan bien para evitar que queden zonas calientes y húmedas que fomenten el crecimiento bacteriano.²⁰

La curación de cordón umbilical, debe realizarse humedeciendo una gasa con alcohol al 70%, desde la parte basal a la distal; se limpiará el cordón retirando las secreciones en caso de existir. No se debe tener miedo a retirar la piel que circunda a la futura cicatriz umbilical para limpiar exhaustivamente la zona ya que de eso depende la velocidad con que se momifique (se seque) y caiga el cordón. La caída ocurre entre los 3 a 10 días del nacimiento en la mayoría de los casos.

En caso de no hacerse una higiene adecuada, el bebé puede presentar: eritema, infección del cordón umbilical, otitis, eczema en los pliegues, rash cutáneo, entre otros.

d. El Cuidado respecto a la temperatura del recién nacido:

La temperatura ambiente debe estar alrededor de los 24 y 25,5°C y la humedad alrededor del 40 al 50 %¹⁵; además los ambientes deben ser ventilados diariamente si las condiciones climáticas lo permiten.

La temperatura normal en el recién nacido debe fluctuar entre 36,5-37,5°C, ¹⁵ esta está acorde al ambiente en donde se encuentra el

bebé, de la cantidad de cobertores y ropas que tenga, y de la lactancia materna, ya que ésta tiene propiedades para mantener el sistema termorregulador del recién nacido.

Es necesario mantenerlos adecuadamente abrigados, pero sin excesos. La ropa es mejor que sea de algodón, ya que la lana les puede irritar la piel. Mantener los pañales, la ropa y los cobertores lo suficientemente holgados para permitir la mayor expansión pulmonar (abdominal) posible.²⁰

Debemos guiarnos de la temperatura del cuerpo, y no de las manos y de los pies, ya que éstas son las partes mas frías de su anatomía.²³

e. El Cuidado en relación al descanso y sueño del recién nacido:

Por lo general, los recién nacidos duermen entre dieciséis a veinte horas al día.¹⁵ Y ya que tienen un estómago pequeño, deben despertarse cada dos o tres horas aproximadamente para comer.

Los bebés, al igual que los adultos, tienen distintas etapas y grados de profundidad del sueño. Según la etapa, es posible que el bebé se mueva o permanezca inmóvil. Existen dos tipos de sueño:

- **Sueño REM (de movimientos oculares rápidos; su sigla en inglés es REM):** Sueño liviano durante el cual se sueña y los ojos se mueven rápidamente hacia atrás y hacia adelante. A pesar de que los bebés duermen aproximadamente 16 horas por día, casi la mitad de estas horas transcurre en la etapa de sueño REM. Los niños de más edad y los adultos duermen menos horas y la cantidad de sueño REM durante las horas de sueño es menor.

- **Sueño no REM (de movimientos oculares no rápidos):**

El sueño no REM consta de 4 etapas:

- Etapa 1: Somnolencia. El bebé se duerme con los párpados caídos, posiblemente abriendo y cerrando los ojos.
- Etapa 2: Sueño liviano. El bebé se mueve y puede sobresaltarse o saltar al oír ruidos.
- Etapa 3: Sueño profundo. El bebé está tranquilo y no se mueve.
- Etapa 4: Sueño muy profundo. El bebé está tranquilo y no se mueve.

Al comienzo del ciclo del sueño, el bebé se encuentra en la etapa 1, luego, pasa a la etapa 2, a continuación, a la 3, luego, a la 4 y, posteriormente, regresa a la etapa 3, luego a la 2 y después al sueño REM. Es posible que estos ciclos se repitan mientras duerme. Los bebés pueden despertarse al pasar del sueño profundo al sueño liviano, y durante los primeros meses de vida, es posible que les resulte difícil volver a dormirse. ²⁴

La posición para dormir debe ser decúbito dorsal con la cabeza lateralizada ²⁴, facilitando la respiración sin esfuerzo y de forma simétrica, evitando posibles aspiraciones.

f. El cuidado en relación a las eliminaciones del recién nacido:

La capacidad del recién nacido de ingerir, absorber y metabolizar alimentos es adecuada, aunque ciertas funciones son aún limitadas; por ello que es importante reconocer los cambios en los patrones de excreción de los recién nacidos. Tomándose en consideración:

Meconio: se llama así a la primera deposición del lactante, compuesta por líquido amniótico y sus constituyentes, secreciones intestinales, células mucosas-intestinales y, a veces, sangre (sangre

materna ingerida o sangrado menor de los vasos del tracto digestivo). La expulsión del meconio debe tener lugar durante las primeras 48 horas de vida.

Deposiciones transicionales: normalmente aparecen al tercer día del inicio de la alimentación; son de color marrón verdoso a marrón amarillento, finas y menos pegajosas que el meconio; pueden contener algunos restos de leche cuajada.

Deposiciones de leche: normalmente aparecen hacia el cuarto día. En los *lactantes alimentados al pecho*, las deposiciones son amarillas a doradas, de consistencia pastosa y tiene un olor similar a la leche cortada. En los *lactantes alimentados con biberón*, son de color amarillo claro a marrón claro, de consistencia firme y tiene un olor más fuerte.²⁰

g. Los signos de alarma en el recién nacido:

Durante el período neonatal, los signos de enfermedad son simples y a la vez muy sutiles, entre los principales destacan:

A. Vómitos:

Una cosa son las denominadas regurgitaciones, es decir, la salida por la boca de pequeñas cantidades de leche, y otra son los vómitos, es decir, la emisión del alimento con fuerza, casi violentamente al exterior. Los vómitos pueden estar provocados por motivos tan diversos como infecciones de oído o de orina; así como tomar el biberón demasiado rápido engullendo aire junto con la leche, o por tomarlo cuando el estómago está lleno de aire, cuando sucede después de un llanto intenso.²⁵ Tomar mucha más atención cuando los vómitos se acompañan de fiebre, diarreas, pérdidas de peso, rechazo del alimento; o cuando son negros, con sangre o biliosos.

B. Letárgico: (somnolencia inusual)

Caracterizado por inactividad y estado de reposo absoluto durante ciertos períodos de tiempo. Somnolencia profunda y prolongada, al que es difícil despertar; que constituye el síntoma de varias enfermedades nerviosas, infecciosas o tóxicas.

Puede indicar muchas enfermedades, entre ellas la hipoglucemia, cuando la cantidad de glucosa en la sangre es menor a lo normal. (Según la Revista Médica The Lancet).

C. Variación en la temperatura:

Puede presentarse hipotermia e hipertermia, considerándose los valores normales: 36.5°-37,5°C.

La hipotermia se caracteriza por presentar: mala succión, llanto débil, el niño se vuelve menos activo, respiración superficial y lenta. Mientras que la hipertermia muestra: a un niño irritado, respiración rápida, piel caliente y seca. ²¹

D. Aumento de la respiración:

Cuando en reposo el bebé presenta agitación, y se contabiliza 60 respiraciones por minuto.

Una respiración muy acelerada y jadeante, acompañada de tos y fiebre, casi siempre es un síntoma de una afección bronquial o el inicio de un posterior desarrollo de asma. ²⁵

E. Coloración:

El recién nacido suele tener una piel sonrosada. Si el color de la piel fuera de tono azulado (cianosis), o si se tornará de color amarillo o palidez intensa (ictericia), por más de diez días conviene evaluarlo.

F. Tipos de deposiciones:

Diarrea: las evacuaciones son aguadas, líquidas con moco, muy fétidas, abundantes y muy frecuentes. Se observa hiporexia acentuada, vómitos, distensión abdominal, letargia o irritabilidad. ¹⁸

Estreñimiento: aparece cuando el bebé no hace deposiciones durante las primeras 24 a 48 horas²¹; o cuando las deposiciones son duras y escasas; las cuales no estimulan la contracción de los músculos del colon, que las propulsaría hacia delante. ²⁵

G. Llantos excesivos o inexplicables:

Si el bebé llora durante mucho rato sin causa aparente, y la crisis de llanto suelen durar de 30 minutos a dos horas (o más), y aunque pueden presentarse en cualquier momento del día, lo más frecuente es que se trate de cólicos, lo que causa intranquilidad y desconcierto; sin embargo puede ser un indicador de un dolor importante en el bebé. ²⁵

H. Convulsiones:

Se caracterizan por movimientos paroxísticos, que se presentan debido a una descarga eléctrica excesiva en el sistema nervioso central del neonato. ¹⁸ Durante la convulsión, el bebé puede presentar una coloración azulada en los labios y no respirar normalmente. Además de sacudidas o rigidez del cuerpo, mirada fija y parpadeos rápidos; los cuales suelen ir seguidos de un período de somnolencia o desorientación.

4. El proceso de enseñanza y aprendizaje.

Los programas sociales dirigidos a las madres adolescentes deben estar orientados a atender necesidades sociales y afectivas de este grupo. Los programas deben:

- Ofrecer alternativas que posibiliten construir una calidad de vida, promoviendo que la adolescente sea protagonista de su desarrollo como mujer y madre.
- Abrir espacios de encuentro a nivel comunitario, donde sea posible la interacción entre las madres adolescentes, la

conserjería, la participación en grupos educativos terapéuticos o recreativos.

- Acercar los programas sociales a la demanda, teniendo en cuenta las características y necesidades de las adolescentes.
- Crea alternativas para el compromiso del progenitor, no sólo como pareja, sino especialmente en sus roles paternos.

Intervenir en éste periodo de la vida de las madres adolescentes resulta de gran importancia, considerando por una parte su situación de vulnerabilidad con serios riesgos sociales y sanitarios para ella y su hijo, y la posibilidad de cambio con perspectivas positivas en el futuro próximo. Los cambios que se producen en esta etapa, pueden reparar y crear condiciones favorables para sus posteriores experiencias de maternidad.¹⁵

5. Generalidades de la técnica audiovisual-participativa.

5.1. Aspectos Generales:

El término audiovisual empieza a usarse en los Estados Unidos en los años 1930 con la aparición del cine sonoro. Sin embargo,

empieza a teorizarse en Francia durante la década de los años 1950 para referirse a las técnicas de difusión simultáneas.

El término significa integración interrelación plena entre lo auditivo y lo visual para producir una nueva realidad o lenguaje. La percepción es simultánea. Se crean así nuevas realidades sensoriales mediante mecanismos como:

- Armonía: a cada sonido le corresponde una imagen.
- Complementariedad: lo que no aporta uno lo aporta el otro.
- Refuerzo: se refuerzan los significados entre sí.
- Contraste: el significado nace del contraste entre ambos.

Este tipo de técnica se encarga de procurar, crear y aprender información.²⁶

Es así que la comunicación audiovisual tiene como objeto de estudio central el lenguaje audiovisual, entendiéndolo como el modo artificial de organización de la imagen y el sonido que se utiliza para transmitir ideas o sensaciones, ajustándonos a la capacidad del hombre para percibir las y comprenderlas.²⁷

La Educación Audiovisual-Participativa

Método de enseñanza que utiliza soportes relacionados con la imagen y el sonido, como películas, cintas de video, diapositivas, retroproyector, entre otros. Los diversos estudios de psicología de la educación han puesto de manifiesto las ventajas que presenta la utilización de medios audiovisuales en el proceso de enseñanza aprendizaje.

Su empleo permite que al participante asimilar una mayor cantidad de información al percibirla de forma simultánea a través de dos sentidos: la vista y el oído. Otra de las ventajas es que el aprendizaje se ve favorecido cuando el material está organizado y esa organización es percibida por el espectador de forma clara y evidente.

26

5.2. Importancia de la técnica:

Estamos en un momento de cambios, con una plena incorporación de la informática a los medios, es así que la obtención de imágenes y los sonidos que componen el lenguaje audiovisual requieren de un conocimiento técnico que ayude en gran sumo a sacar

el máximo promedio de todos los recursos expresivos del medio audiovisual.²⁷

La técnica audiovisual-participativa, tiene como finalidad primordial llegar a los participantes en las mejores condiciones posibles para asimilarlo.²⁶ Así como de construir un sistema que facilite el aprendizaje para identificar, comprender y crear mensajes.²⁹

La importancia de los medios audiovisuales en los procesos de enseñanza-aprendizaje, son notables en muchos aspectos, entre ellos:

- Posibilitan una mayor apertura del participante hacia el mundo exterior, ya que permiten superar las fronteras geográficas.
- Las imágenes resultan motivadores, sensibilizan y estimulan el interés hacia un tema determinado.
- Facilitan la introducción, complementando las explicaciones verbales con contenidos concretos de fácil comprensión que contribuyen a la fijación de los contenidos.
- Existe un procesamiento global de la información que contiene, y puede producir un impacto emotivo que genere sentimientos y actitudes.
- Facilitan las comparaciones entre distintos elementos y permiten analizar con detalle las distintas fases de los procesos complejos.

- Permiten conocer mejor el pasado o ver realidades poco accesibles habitualmente.
- Pueden simplificar o sintetizar realidades complejas (diagramas, esquemas; entre otros)
- Constituyen una buena manera de proporcionar experiencias de aprendizaje a grandes grupos y también resultan adecuados para el trabajo individual de los participantes. ²⁶

Por ello la esencia audiovisual es, por encima de todo, la comunicación, con el principal objetivo de conseguir los efectos comunicativos y lograr así la máxima eficacia. ²⁹

5.3. Fundamento de las metodologías y técnicas participativas:

- Metodologías participativas:

Una metodología es el conjunto de pasos que tratan de llegar a un resultado concreto. Las metodologías participativas buscan fomentar en las personas las diferentes formas de adquirir conocimientos (intuitivo y racional) y que de esta forma permita tener una visión amplia de la realidad. Las metodologías participativas se fundamentan en tres conceptos básicos. ³⁰

- Primero, por su largo trayecto histórico.
- Segundo, están diseñadas con un fundamento que recomienda el uso de las mismas aplicando una serie de técnicas y materiales didácticos para apoyar el aprendizaje.
- Tercero, sus fundamentos pedagógicos han sido probados por diferentes escuelas de la enseñanza y de estudio de la conducta.

- Las técnicas participativas:

Las técnicas participativas son consideradas como un componente de la metodología, como el medio o procedimiento que se usa para realizar la metodología misma. En otras palabras, las técnicas son sólo uno de los muchos ingredientes interactivos de cualquier metodología participativa. Bajo esta definición, se puede esperar la utilización de una determinada técnica en diferentes metodologías.

Las técnicas participativas están compuestas por diferentes actividades como ser dinámicas de grupo, sociodramas, adecuación de juegos populares con fines de capacitación, títeres, vídeos, dibujos y cualquier otro medio que tenga como objetivo generar la participación, el análisis, la reflexión y un cambio de actitud conciente y duradero en

los participantes, que conduzca a una planificación de acciones para la solución de problemas. ³⁰

“La Asociación Pro-Bienestar de la familia de Guatemala”, indica que las técnicas participativas son una poderosa fuerza impulsiva que facilita el aprendizaje, profundiza los temas expuestos y propenden además a una educación eminentemente participativa.

Con la finalidad de comprender mejor la importancia de las técnicas participativas y los objetivos que se persigue con las mismas, a continuación se señala dos clasificaciones:

- Clasificación según los sentidos que se utilizan para comunicarse:

- a) Técnicas o dinámicas vivenciales.

- b) Técnicas con actuación.

- c) Técnicas auditivas y audiovisuales, que se caracterizan por el uso del sonido o de la combinación con imágenes, por ejemplo el “Radiodrama”, la proyección de vídeos, videos foros, etc. Estas técnicas permiten aportar elementos de información adicional y/o enriquecer el análisis y reflexión sobre algún tema.

- d) Técnicas visuales.

- Clasificación según los objetivos de las técnicas: Tomando en cuenta el objetivo general que se quiere lograr con el uso de las diferentes técnicas, se maneja tres grupos de técnicas:

a) Técnicas o dinámicas de presentación y de animación.

b) Técnicas o dinámicas de análisis y profundización.

c) Técnicas o dinámicas de evaluación.³⁰

6. Rol educativo de la Enfermera y las estrategias didácticas.

Hay que considerar que entre las funciones de la enfermera destaca la actividad de docente en los servicios de salud, tanto en la capacitación al personal de salud en los temas de su competencia; así como en las acciones de promoción y educación sanitaria inherente al proceso de atención de enfermería, es así que en la práctica diaria la enfermera demuestra su compromiso real con la salud de la población, en donde el ejercicio de la profesión se hace cada vez más horizontal en el contexto de una real relación enfermera-paciente; y así de modo evita la verticalidad de la relación.

La importancia de la participación de Enfermería, radica en que como el principal agente educativo, tiene la responsabilidad social y el

deber profesional de cuidar la vida y la salud tanto individual como colectiva, desarrollando actividades generales para obtener influencia positiva sobre las relaciones interpersonales del usuario, brindando información y orientando acerca del cuidado (promoción de la salud y prevención de la enfermedad, prioritariamente); sintiéndose en la obligación de hacer abogacía por la comunidad vulnerada.³¹

Existen diferentes métodos en educación para la salud, que pone en práctica la enfermera, entre los cuales destaca: la actividad educativa, que constituye uno de los medios más utilizados, dirigida a grupos más o menos numerosos de la comunidad, interesados en un tema en concreto. No obstante y a pesar de su amplio uso, el resultado de estas actividades pocas veces está a la altura de lo esperado.

Además existen distintas técnicas didácticas participativas que se definen como los medios o los métodos empleados para fomentar la interacción del grupo; que tienen la capacidad si se utilizan adecuadamente de activar las motivaciones individuales y de estimular el comportamiento a nivel individual, de forma que las fuerzas están mejor integradas en el grupo y dirigidas hacia la consecución de sus metas; destacando entre estas: el sociodrama, sesiones de demostraciones, juego de roles, entrevista grupos focales, técnicas audiovisuales.³²

G. HIPOTESIS

Las madres adolescentes primíparas cuando reciben educación sobre los cuidados del recién nacido, mediante una técnica audiovisual-participativa, incorporan mayores conocimientos, que las madres adolescentes que reciben una educación mediante la técnica convencional.

H. DEFINICION OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Eficacia: Resultado valorado en cuanto al grado de acierto en el conocimiento que se espera obtener luego de la aplicación de una técnica audiovisual-participativa, o de la técnica convencional; con la finalidad de comprobar el aprendizaje en las madres adolescentes primíparas, entendiéndose como “eficaz” equivalente a “correcto”, y “no eficaz” al incorrecto o desconoce totalmente. Cabe precisar que para cada dimensión se establecerá parámetros en el sentido de considerar conocimiento correcto cuando el acierto sea más del 50% de las respuestas solicitadas.

Técnica audiovisual - participativa: Método de enseñanza que utiliza soportes relacionados con la imagen y el sonido; poniendo de manifiesto las ventajas que presenta la utilización de medios

audiovisuales-participativos en el proceso de enseñanza-aprendizaje; ya que permite que el participante asimile la mayor cantidad de información facilitando el aprendizaje, profundizando los temas expuestos y propiciando a una educación participativa.

Técnica convencional: Sesión expositiva que realiza la enfermera a fin de impartir conocimientos sobre los cuidados del recién nacido en el hogar, al grupo de madres adolescentes que se encuentran en proceso de alta, utilizando como recursos visuales al tríptico y al rotafolio.

Madre adolescente primípara: Mujer cuya edad este considerada entre los 10 y 19 años de edad, según lo referido por la OMS; y que sea primípara.

Cuidados del recién nacido: Conjunto de atenciones que se deben ejecutar para mantener un óptimo estado de salud en el recién nacido, en los aspectos de lactancia materna, afecto, higiene, sueño, eliminación y signos de alarma en el recién nacido.

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

A. TIPO, NIVEL, MÉTODO

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo, utilizando el método cuasi-experimental.

Al presentar este tipo de método, la asignación de la muestra a los grupos de estudio y control fueron determinados al azar, en diferentes etapas de tiempo, durante el primer mes de recolección de datos, se centro la información del pre y post-test de aquellas madres que serian sometidas sólo a la educación mediante la técnica convencional; el mes siguiente se procedió a la recolección de datos en la población de madres que recibieron la educación mediante la técnica audiovisual-participativa.

B. SEDE DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Instituto Nacional Materno-Perinatal, específicamente en el Servicio de Adolescente.

Este establecimiento se creó el 10 de Octubre de 1826, con el nombre de “Casa de Maternidad de Lima”, teniendo como sede al Colegio Santo Tomás. Cuyo objetivo inicial era socorrer a las mujeres pobres en sus partos, formar parteras instruidas y hábiles; contratando a la Sra. Fesiel como primera directora del establecimiento. En su cumplimiento se estableció la Casa de la Maternidad por decreto el 12 de mayo de 1830.

Con el paso del tiempo el INMP, se ha legitimizado como una institución especializada de 4to. nivel en la atención materno-perinatal, con una propuesta categórica: equidad, eficiencia y calidad.

El servicio de adolescentes trabaja con un total de 10 enfermeras, 15 técnicos de Enfermería y 10 obstétrices; distribuidas por turno y con horario rotativo. Así mismo cuenta con una capacidad funcional de 47 camas, teniendo las siguientes distribuciones:

- Sectorización de ambientes: lado “A” y “B”:

- ◆ El lado “A” con las camas del 101 al 114 y del 138 al 147.
- ◆ El lado “B” con las camas del 115 al 137.

- Distribución de los ambientes:

- ◆ Adolescentes puérperas post operadas del 101 al 112 y del 144 al 147.
- ◆ Adolescentes puérperas de parto vaginal del 113 al 129.
- ◆ Adolescentes gestantes normales del 138 al 143.
- ◆ Ambientes aislados 120 y 121 con SSHH

- Distribución para la visita médica:

1. PO: ambientes del 101 al 112 post operadas.
2. G1: ambientes del 144 al 147 post operadas y gestantes normales
138 al 143
3. PN: ambientes del 113 al 126 puérperas de parto normal, post
legrado uterino y AMEU.
4. G2: ambientes del 127 al 129 de parto normal y gestantes de alto
riesgo de 130 al 137.

Este servicio se encarga de brindar atención integral y diferenciada a las pacientes adolescentes comprendidas entre los 10

a 19 años durante el embarazo, puerperio normal y patológico obstétrico y ginecológico.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA

Según las estadísticas de la institución se obtuvo que aproximadamente se atienden a 192 madres adolescentes al mes. Por tanto se determinó que el estudio fuera por muestreo probabilístico, obteniéndose una determinación de tamaño muestral de 81 madres adolescentes. (Ver Anexo E). Siendo la formación de los grupos control (54) y experimental (27), teniendo en cuenta la relación estadística de 2 a 1, utilizada en este tipo de investigaciones; siendo captadas estrictamente al azar, luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión fueron madres adolescentes entre los 10 y 19 años de edad, y madres primígestas. Y como criterios de exclusión se consideró a las madres adolescentes cuyos niños fueran referidos a UCI. Así mismo no se consideraron a aquellas madres que presentaron cuadros sobre-agregados al parto.

D. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas utilizadas han sido dos: la primera referida a la técnica audiovisual-participativa sobre “Cuidados del Recién Nacido en el Hogar”; y la segunda la entrevista - encuesta, aplicada a las madres adolescentes primíparas antes de la proyección del video y después de transcurridas 24 a 48 horas posteriores a la aplicación de la técnica en el grupo experimental. El tiempo transcurrido para la evaluación de los conocimientos de las madres del grupo control, también fue luego de 24 a 48 horas, luego de haber recibido la educación por medio de la técnica convencional.

Así mismo, cabe precisar que la encuesta toma en primer término los datos generales (4 ítems), y luego los datos específicos con un total de 16 ítems de preguntas distribuidas entre cerradas, de alternativas múltiples, y abiertas; que permitió evaluar la eficacia de la técnica audiovisual versus la técnica convencional.

1. Validez del instrumento:

Para la validez del instrumento se aplicó la Prueba Binomial - Juicio de expertos, la cual fue revisada por siete profesionales, Licenciados de Enfermería; tomando en consideración las

recomendaciones hechas para el mejoramiento del instrumento; obteniéndose $p=0.03$ de resultado, lo cual verifica la validez de su contenido y que el grado de concordancia es significativo. (Ver Anexo F)

2. Confiabilidad del instrumento:

Se realizó la prueba piloto en 21 madres, y luego de aplicada la prueba de Alfa de Cronbach, se obtuvo un valor de 0.83, que indica una confiabilidad aceptable. (Ver Anexo G)

E. PLAN DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se realizó los trámites administrativos en el Instituto Nacional Materno-Perinatal” a fin de conseguir la autorización para la realización de la investigación; además de las coordinaciones con la Jefa de Adolescencia y las licenciadas de enfermería a cargo del servicio.

El procedimiento del recojo de información, tuvo siete momentos para su realización, tanto en el grupo control como en el experimental:

1. Captación de las madres adolescentes primíparas en el primer o segundo día post parto.
2. Entrevista (pre-test) antes de la implementación de la educación para el grupo control.
3. Asistencia de las madres del grupo control a la educación mediante la técnica convencional, durante el primer mes de recolección de datos.
4. Entrevista evaluativa a las madres del grupo control.
5. Entrevista (pre-test) antes de la implementación de la técnica audiovisual-participativa, a las madres del grupo experimental.
6. Implementación de la técnica audiovisual-participativa “Cuidados del Recién Nacido en el Hogar” a las madres del grupo experimental.
7. Entrevista (post-test) a las madres del grupo experimental.

F. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las implicancias éticas y legales que se tomarán en cuenta en la presente investigación, estarán direccionadas a cumplir los objetivos sin atentar contra la dignidad de las personas involucradas en el estudio. Las madres adolescentes a participar serán consultadas antes

de ser incorporadas al estudio y darán su consentimiento, o negarán éste. (Ver Anexo H)

Se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

1. El respeto a la persona:

El respeto a la persona según Belmont Report, considera que los participantes tienen derecho de decidir voluntariamente si participan o no en el estudio. Además del derecho de ser informado y tomar voluntariamente la decisión de participar lo cual implica que el investigador describa detalladamente la naturaleza del mismo.

2. Consentimiento Informado:

Considerado como un derecho a la inviolabilidad de la persona. En este caso todos los participantes serán debidamente informados acerca de la naturaleza del estudio, para que posteriormente puedan tomar una decisión razonada sobre su participación o no en éste.

3. Respeto a la privacidad:

A fin de proteger la información obtenida se respetará el anonimato por cada uno de los participantes del estudio de investigación. Los resultados obtenidos no serán divulgados a personas ajenas al estudio, y serán utilizados únicamente para fines de la investigación.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSION

A. RESULTADOS

Para la realización del presente trabajo de investigación, se realizó una serie de actividades, tomándose en cuenta que la técnica audiovisual-participativa “Cuidados del Recién Nacido en el Hogar”, aplicado al grupo experimental, fue proyectado a un grupo de 27 madres, durando la proyección 18 minutos, con contenidos de refuerzo e interrogatorio inicial y final. El grupo control recibió la educación por medio de la técnica convencional que consistía en una actividad educativa, con ayudas visuales; brindado por parte de la enfermera a las madres antes del alta, con una duración de 15 minutos promedio.

Es así, que a continuación se presentan los datos generales de la entrevista realizada; y posteriormente los ítems específicos, en relación al tema tratado.

1. DATOS GENERALES:

De los resultados obtenidos, la tabla N° 1 hace referencia al rango de edad de las madres adolescentes primíparas de ambos grupos evaluados; donde el 65.4%, se encuentra en la adolescencia tardía; seguido del 30.9%, en la adolescencia media; siendo el 3.7% comprendido en la adolescencia temprana. (Ver Anexo K)

En la tabla N° 2, respecto al grado de instrucción; las madres adolescentes primíparas de ambos grupos; presentaron el 53.1% la secundaria incompleta, el 43.2% mostraron una secundaria completa, seguido del 2.5% con grado superior incompleto. Así mismo, se refleja sólo un 1.2% que refiere primaria completa. (Ver Anexo L)

La tabla N° 3, hace hincapié al estado civil de las adolescentes evaluadas; obteniéndose que el 54.3% son madres convivientes, y otro 40.7% son madres solteras; además en relación al estado civil de casada se presenta un 4.9%. (Ver Anexo M)

De la tabla N° 4, se obtienen resultados en donde el 53.1% conviven con su pareja, mientras el 42% de las madres viven con los padres, y el 4.9%; viven con los abuelos, tíos u otro familiar, así como de instituciones como el INABIF. (Anexo N)

2. DATOS ESPECÍFICOS:

La Tabla N° 5, hace referencia en términos generales a los conocimientos de las madres adolescentes primíparas sobre los cuidados del recién nacido, antes y después de la aplicación de cada técnica educativa evaluada.

Se evidencia que la gran mayoría de las madres adolescentes evaluadas antes de la aplicación de la técnica convencional, presentaron un conocimiento incorrecto el 85%, desconocen totalmente el 13% y sólo un 2% presentaron un conocimiento correcto. En los resultados del post-test, el conocimiento incorrecto aumentó al 87%, desconocen bajó al 6 % y manifestaron un conocimiento correcto el 2% de las madres del grupo control.

Con respecto al grupo experimental, en el pre-test, un 93% presentaron un conocimiento incorrecto, y el 7% desconocían

totalmente. Mientras que los resultados, luego de la aplicación de la técnica audiovisual-participativa, el 93% de las madres evaluadas presentaron un conocimiento correcto, y solo el 2%, presentó un conocimiento incorrecto.

Los resultados que a continuación se muestran sólo corresponden al post-test, tanto del grupo control, como del experimental; ya que antes de la aplicación de las técnicas educativas, ambos grupos mostraban en su mayoría un conocimiento incorrecto o desconocían totalmente el tema.

TABLA Nº 5

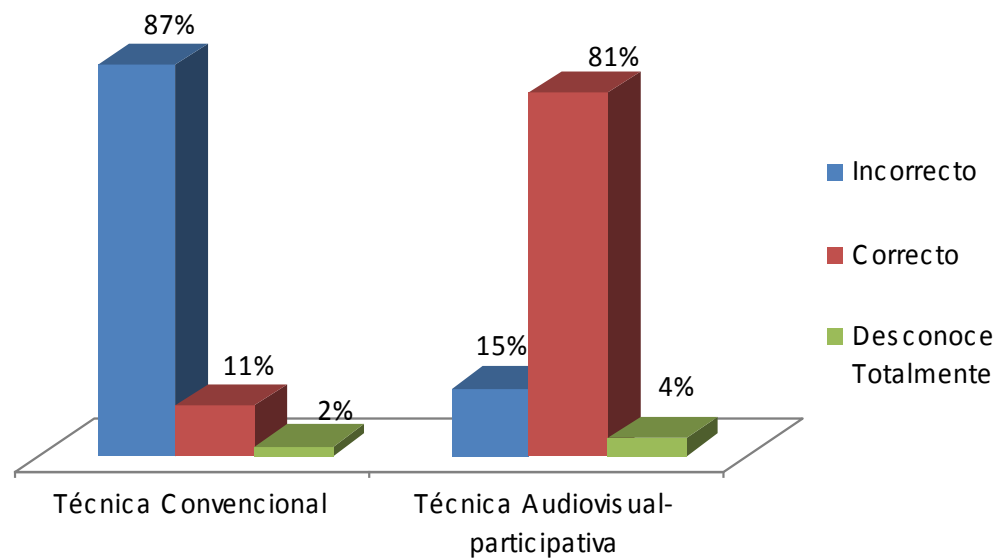
**CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE
LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO, ANTES Y
DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE CADA
TÉCNICA EDUCATIVA.
INMP. LIMA-PERÚ
2010**

Técnica educativa	Puntaje Total				Total
		Incorrecto	Correcto	Desconoce totalmente	
Técnica Convencional	Antes de la aplicación	46	1	7	54
		85%	2%	13%	100%
	Después de la aplicación	47	1	6	54
		87%	2%	11%	100%
Técnica Audiovisual Participativa	Antes de la aplicación	25	0	2	27
		93%	0%	7%	100%
	Después de la aplicación	2	25	0	27
		7%	93%	0%	100%

Fuente: Instrumento aplicado a madres adolescentes primíparas en el INMP

GRAFICO Nº 1

**CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE
LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO, SEGÚN CADA
TÉCNICA EDUCATIVA, CON RESPECTO A
LACTANCIA MATERNA.
INMP. LIMA-PERÚ
2010**



Fuente: Instrumento aplicado a madres adolescentes primíparas en el INMP

En el grafico N°1, se observa los resultados referidos de las madres adolescentes primíparas, en relación a la dimensión de lactancia materna, tanto a las que recibieron educación convencional, como a las que recibieron educación mediante la técnica audiovisual-participativa; considerándose para ésta dimensión: la posición de la madre al dar de lactar, la posición del bebé, la posición de las manos y el horario de lactadas.

Los resultados de la educación convencional, muestran un conocimiento correcto en el 11% de las madres, prevaleciendo un conocimiento incorrecto de 87%, y un 2% de desconoce totalmente.

En relación a los resultados obtenidos de la técnica audiovisual-participativa, los conocimientos correctos de las madres adolescentes se incrementaron de un 7% antes de la educación, a un 81%, luego de recibida la educación; y un 15% mostraron aún un conocimiento incorrecto, además del 4%, que mantienen un estado de desconocimiento. (Ver Anexo Ñ)

El grafico N° 2, muestra los resultados obtenidos en relación al conocimiento de las madres adolescentes primíparas como respuesta a

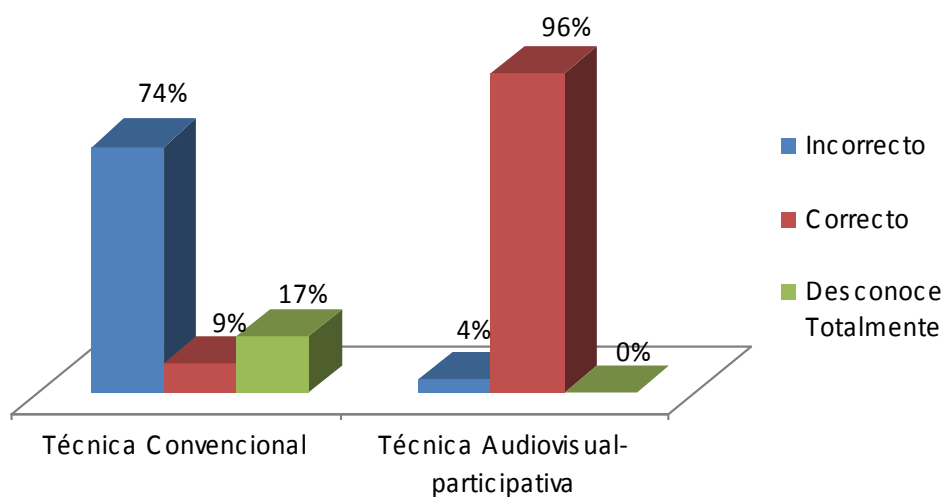
la higiene del bebé, luego de la técnica convencional y la técnica audiovisual-participativa, respectivamente.

Se aprecia, como resultado de la técnica convencional; que el 74% reportan un conocimiento incorrecto en relación a ésta dimensión, un 9% conocimiento correcto, y un 17% que desconocen totalmente.

En cuanto a la técnica audiovisual-participativa, se puede apreciar un conocimiento correcto en el 96% de las madres; y un conocimiento incorrecto en el 4%, en relación a los ítems considerados para esta dimensión, como son: el orden para iniciar el baño general, el tiempo de duración del baño, la limpieza de los ojos, orejas y orificios de la nariz, así como también el cuidado del cordón umbilical e higiene de los genitales. (Ver Anexo O)

GRAFICO Nº 2

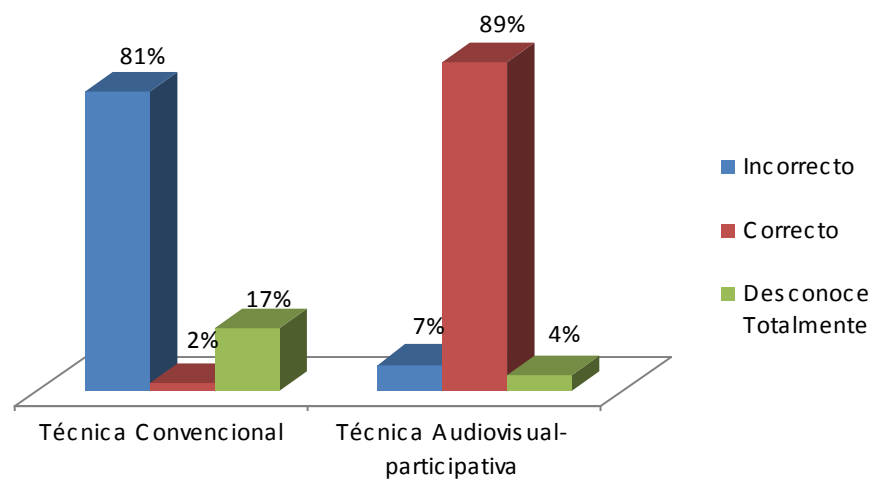
**CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE
LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO, SEGÚN CADA
TÉCNICA EDUCATIVA, CON RESPECTO
A LA HIGIENE DEL BEBÉ.
INMP. LIMA-PERÚ
2010**



Fuente: Instrumento aplicado a madres adolescentes primíparas en el INMP

GRAFICO Nº 3

**CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE
LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO, SEGÚN CADA
TÉCNICA EDUCATIVA, CON RESPECTO AL
DESCANSO Y SUEÑO DEL BEBÉ.
INMP. LIMA-PERÚ
2010**



Fuente: Instrumento aplicado a madres adolescentes primíparas en el INMP

El gráfico N° 3, presenta los resultados obtenidos en relación a la respuesta de las madres adolescentes en cuanto al descanso y sueño del bebé.

De los resultados obtenidos de la educación convencional, se encontró que el 81% tiene un conocimiento incorrecto; considerando como indicadores a las horas de sueño al día, y la posición para el descanso y sueño del bebé; solo un 2% mostró un conocimiento correcto; y un 17% de desconocimiento total.

Mientras que la educación impartida mediante la técnica audiovisual-participativa, muestra resultados con una respuesta correcta en ambas interrogantes, con un 89% de acierto, frente a un 7% con un conocimiento incorrecto, y un 4% de desconocimiento total. (Ver Anexo P)

En el gráfico N° 4, se muestran los resultados obtenidos de las madres adolescentes en la evaluación post-test en relación a la dimensión de eliminaciones, cuyos indicadores considerados fueron: cambios en los patrones de eliminación; consistencia y características de las eliminaciones.

En lo que respecta a la evaluación en el grupo control, se evidencia un conocimiento incorrecto de un 89%, en contraste con un conocimiento correcto de sólo 4%; además de un 7% de desconoce totalmente.

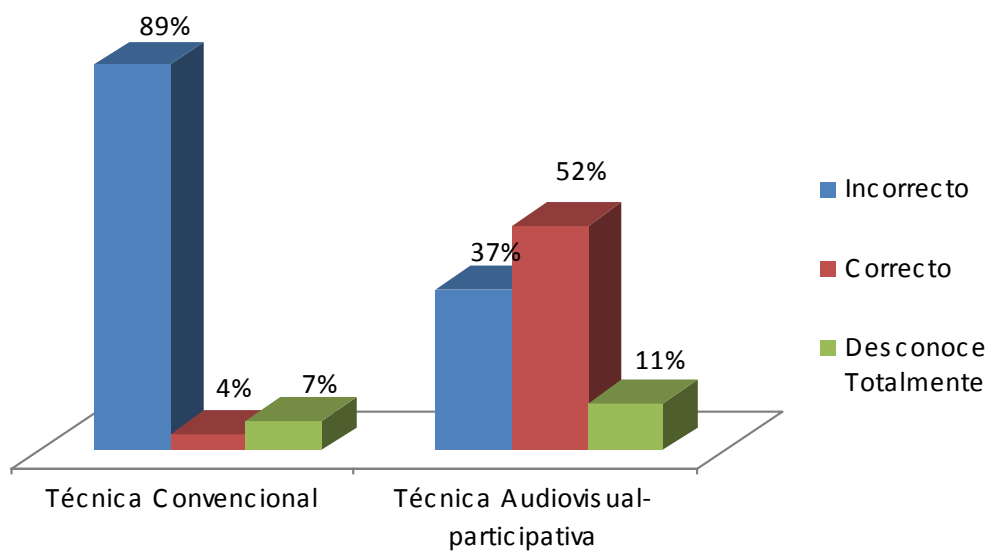
Los resultados del grupo experimental muestran un conocimiento correcto en un 52%; así mismo, se manifiesta un conocimiento incorrecto en el 37% de las madres, y un 11% de desconocimiento total. (Ver Anexo Q)

GRAFICO Nº 4

CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO, SEGÚN CADA TÉCNICA EDUCATIVA, CON RESPECTO A ELIMINACIONES DEL RECIÉN NACIDO.

INMP. LIMA-PERÚ

2010



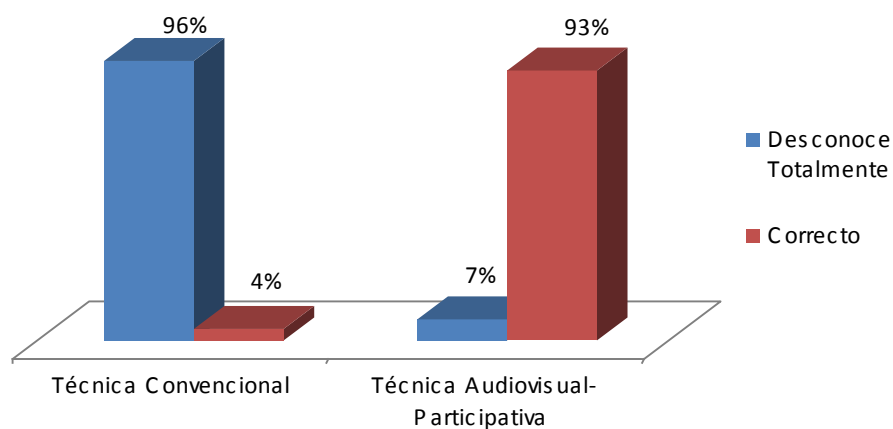
Fuente: Instrumento aplicado a madres adolescentes primíparas en el INMP

GRAFICO Nº 5

CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO, SEGÚN CADA TÉCNICA EDUCATIVA, CON RESPECTO A LOS SIGNOS DE ALARMA.

INMP. LIMA-PERÚ

2010



Fuente: Instrumento aplicado a madres adolescentes primíparas en el INMP

El grafico Nº 5, presenta los cuidados del recién nacido que manifiestan las madres adolescentes primíparas como respuesta a los signos de alarma, siendo considerados en esta dimensión los siguientes: vómitos, letargo, variación de temperatura, amento de la

respiración, coloración de la piel, convulsiones, llanto incontrolable, diarrea o estreñimiento, y no quiere lactar.

Se observa de los resultados obtenidos de la educación convencional, un 96% de madres que desconocen la mayoría de los signos de alarma estudiados, sólo el 4% manifestaron un conocimiento correcto.

Sin embargo en comparación con la educación convencional la técnica audiovisual-participativa, muestra que las madres adolescentes primíparas incrementaron su conocimiento correcto al 93%, frente a un 7% de desconoce totalmente. (Ver Anexo R)

En relación al afecto, se obtuvo en la gran mayoría, resultados favorables en ambos grupos del estudio; evidenciándose con ello la importancia que le conceden las madres adolescentes primíparas al afecto que requiere el recién nacido, a pesar de su temprana edad; sin embargo a pesar de que las madres adolescentes son conocedoras de las implicancias del afecto, se identificó un 4% de madres del 100%, que mostraban rechazo o indiferencia hacia los bebés, reacción por demás lógica considerando su inmadurez emocional y su volubilidad. (Ver Anexo S)

B. DISCUSION

La maternidad temprana ocasiona miedos y temores sobre los cuidados que debe tener la madre adolescente primípara con sus hijos, repercutiendo en la calidad de atención al niño y exponiéndolo a un riesgo más elevado de morbi-mortalidad. Así mismo, ocasiona deserción escolar, en este caso el grado de instrucción que prevalece es la secundaria incompleta, ya que una vez interrumpido el proceso educativo tienen escasas posibilidades de retomarlo, ya que empieza un nuevo rol al tener que hacerse cargo de sus familias. Esta situación se plasma luego en el campo laboral, que limita acceder a las madres adolescentes a empleos futuros bien remunerados para mantener una condición adecuada de salud para con sus hijos.

Se infiere de los resultados que el estado civil, conviviente; es uno de los aspectos que caracteriza a la maternidad adolescente ya que en este contexto las uniones legales son infrecuentes, mostrándose también madres que enfrentan su maternidad sin el apoyo del padre de su hijo, o se encuentran separadas. Cabe resaltar que la madre adolescente se encuentra en un proceso evolutivo tanto a nivel físico como emocional con lo cual el apoyo familiar influirá en el cuidado al recién nacido, sin embargo en muchas oportunidades las condiciones en las que se desarrolla la maternidad temprana llevan a

que las responsabilidades de la crianza se transfieran a terceros, sean estos familiares, amistades o instituciones.

Por otro lado, los resultados obtenidos demuestran que el uso de una técnica audiovisual-participativa mejora la aprehensión de conocimientos, lo cual consideramos importante ya que en este caso fue aplicada a una población tan vulnerable como es la adolescente, que aún no ha dejado del todo su infancia, para pasar a asumir una responsabilidad de una persona adulta. El empleo del sonido, del color y del movimiento, que se utilizó en esta técnica, incrementó su nivel de atención y por ello su capacidad de captación.

Se comprueba por tanto un resultado exitoso dada la mayor aprehensión de los conocimientos en relación al tema tratado, y se certifica con ello la ventaja de la técnica audiovisual-participativa como facilitadora del aprendizaje. Y tal como se demuestra en los antecedentes de trabajos de investigación citados, en donde se evidencia la capacidad de poder captar la información por parte del grupo objetivo, para lograr el propósito propuesto; en comparación con las técnicas convencionales; que generan falta de interés en el auditorio, casi siempre por impartir contenidos extensos en un limitado espacio de tiempo, muchas veces con rotafolios, que no son

compatibles con el espacio ni con el número de asistentes, generando poco interés y atención.

Si se analiza cada dimensión encontramos que el tema de higiene fue el más fácil de captar, seguido de los signos de alarma, esto lo consideramos importante de destacar; ya que la higiene si bien es una necesidad relativamente sencilla, es la que debe de ponerse en práctica de inmediato luego del alta, y también porque fue el primer tema que se proyectó en la técnica audiovisual-participativa y la atención estaba al 100% en las madres. En cuanto a los signos de alarma , fue el último en el orden de presentación, de modo que se considera por ello razonable que haya sido captado por la mayoría de las madres que retomaron su atención al darse cuenta que hubo un cambio en el fondo musical que generó nueva expectativa.

En cuanto al tema de lactancia materna, se esperaba lograr una captación del 100% de las madres del grupo experimental; y sólo se logró un 81%; siendo este un tema de la mayor importancia para la sobrevivencia del recién nacido; es así, que se sugiere la necesidad de incorporar mejores elementos e imágenes que permitan cumplir con el propósito final.

La dimensión sobre “eliminaciones” del recién nacido ha resultado ser el de más bajo conocimiento correcto en las madres del grupo experimental, y ello significa que las alteraciones y tipos de eliminación no fueron lo suficientemente expuestas, como para que las madres evidencien las diferencias y los diferentes patrones de ésta.

En conclusión el uso de la técnica audiovisual-participativa es del todo positiva, sin embargo requiere de un proceso de elaboración muy fino para buscar adecuada secuencia de imágenes, tiempos y movimientos en cada escena, colores del escenario y diálogos claros y precisos. Lo que si queda demostrado es que la charla educativa ha quedado largamente superada por la técnica audiovisual.

Por tanto si el personal de enfermería asumiera la tarea de preparar nuevos y más motivadores medios para la educación a los usuarios, brindaría una información más completa a la población en general.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

Al finalizar el presente trabajo de investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- Las madres adolescentes primíparas del grupo control y del grupo experimental, en su mayoría evidenciaron durante el pre-test un conocimiento incorrecto, seguido de un desconocimiento total.
- La mayoría de las madres adolescentes primíparas, del grupo control, luego de la técnica convencional no incrementaron sus conocimientos, en la mayor parte de los casos resultó incorrecto o que desconocen

totalmente; por lo que urge una modificación en las técnicas educativas que utiliza Enfermería.

- Las madres, del grupo experimental, mostraron un resultado favorable, al obtener conocimientos correctos, lo que debe motivar a la enfermera a modernizar su rol educativo, utilizando los adelantos que la tecnología de la información ofrece actualmente.

- Por lo tanto, las madres adolescentes primíparas que reciben educación mediante una técnica audiovisual-participativa, demuestran mayor conocimiento, que las madres que reciben una educación por medio de la técnica convencional.

C. LIMITACIONES

- Los tramites para la autorización por parte del hospital, tienen un tiempo bastante largo, el cual impidió iniciar la recolección de datos al tiempo establecido.

D. RECOMENDACIONES

- El Instituto Nacional Materno-Perinatal debe innovar las estrategias de información, las cuales contemplen no sólo el conocimiento sino un lenguaje audiovisual que motive la participación de las pacientes así como la aprehensión de nuevos conocimientos.
- Realizar estudios de investigación similares considerando la variable independiente para corroborar la eficacia de esta técnica en otros grupos objetivos.
- Poner en práctica la técnica audiovisual-participativa en programas de intervención dirigidos a las madres adolescentes sobre el cuidado del recién nacido, en los distintos establecimientos de salud, incluyendo no sólo a las adolescentes; sino también a la pareja y familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS /Datos y Estadísticas/ Centro de Prensa: Mortalidad Materna 2010. [En línea] [Fecha de acceso 03 de Enero del 2011]; disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
2. JIMÉNEZ, Vanesa y HURTADO, Ivonne. "Apoyo Educativo de Enfermería en Cuidados Maternales de las Adolescentes Primíparas". En Rev. Desarrollo Científico Enfermería. Vol 15 N°2, Marzo 2007. p. 66-68.
3. MINDES. Potenciación del papel de la mujer y salud reproductiva, vínculos a lo largo de la vida; 2001. p. 4-5, 10-11.
4. CANESSA, Patricia y NYKIEL, Connie. Manual para la educación en salud integral del adolescente. OPS/OMS, 1997. p. 68,110.
5. SANCHEZ PINARES, Gloria. "Efectividad de una dinámica grupal para madres adolescentes en el conocimiento y practicas del cuidado del recién nacido en el Hospital Nacional Hipólito Unanue Noviembre 2005 - Febrero 2006" [Tesis Especialidad: Enfermería

Pediátrica]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú; 2006.

6. CALDERÓN CANDIA, Yaqueline. “Influencia de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre prácticas de autocuidado durante el puerperio en adolescentes”. [Tesis Licenciatura]. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú; 2007.
7. NORIEGA BURGA, María y SILUPÚ BARRIENTOS, Santos. “Cuidar - Cuidado de Enfermería a las madres y recién Nacidos sanos desde una perspectiva cultural - Hospital de Apoyo I “José Alfredo Mendoza Olavarría. Tumbes, julio 2004 - enero 2005“. [Tesis Licenciatura]. Universidad Nacional de Tumbes, Perú; 2005.
8. ALONSO URÍA, Rosa y Col. “Educación a madres adolescentes para el cuidado de los hijos”. Hospital Docente Gineco-obstétrico de Guanabacoa, Cuba; 2000.
9. BRIZUELA, Karina y Col. “Nivel de conocimiento de las pacientes en relación a los cuidados del recién nacido en la unidad Go4 en el Hospital Central Universitario Antonio María Pineda”. Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado, Venezuela; 2004.

10. VARÓN, Milagros y Col. "Lactancia materna en madres adolescentes. Una visión del cuidado humano", Revista indexada en LATINDEX. [En línea] [Fecha de acceso 26 de mayo del 2010]; disponible en:
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1244/1/Lactancia-materna-en-madres-adolescentes-Una-vision--del-cuidado--humano.html>
11. PERINAT MACERES, Adolfo. Los adolescentes del siglo XXI. 1 Ed: Editorial UOC, 2003. p. 87-95, 193-199.
12. FLORENZANO URZUA, Ramón. El adolescente y sus conductas de riesgo. 2 Ed: Ediciones Universidad Católica de Chile, 1997. p. 51.
13. TORRES, IDRECH, Carmen. Madres adolescentes: una realidad cercana y preocupante. 2004. p. 8-14.
14. PERU SITUACION SOCIAL DE LAS MADRES ADOLESCENTES. [En línea] [Fecha de acceso de 29 noviembre del 2010]; disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/INEI-Peru-Situacion-social-madres-adolescentes.pdf>

15. MARSHALL, María y PÉREZ, Luz. Propuestas para Políticas Públicas: Sexualidad, embarazo y maternidad adolescente. MIMDES, 1994. p. 21-26.
16. MARRINER TOMEY, Ana y RAILE ALLIGOOD, Martha. Modelos y Teorías en Enfermería. 6ta. Editorial. Barcelona-España, 2007. p. 269-274.
17. LAWRENCE, Ruth y LAWRENCE, Robert. Lactancia Médica. Una guía para la profesión medica. 6ta. Ed. España; Editorial Elsevier España S.A, 2007.p. 297.
18. RODRIGUEZ BONITO, Rogelio. Manual de Neonatología. España: Mc Graw Hill Interamericana Editores, 2001. p. 43-59,369-371.
19. AGENCIA DE TECNOLOGIA MEDICA. Manual de Planificación de Cuidados en Neonatología: Cuidados Básicos del Recién Nacido y su Familia, 2004. p. 4-16.
20. WHALEY and WONG. Enfermería Pediátrica. 4ta. Ed. España: Editorial Mosby / Doyma, 1995. p. 150,164-178,192-194

21. Guia de cuidados del recién nacido. Hospital Universitario Reina Sofia. Edita Dirección de Enfermería Unidad de Docencia, Calidad, e Investigación de Enfermería. [En línea] [Fecha de acceso 04 de junio del 2010]; disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs/enfermeria_2003/publicaciones/recien_nacido.pdf

22. GINECO/WEB: Cuidado ambulatorio del recién nacido sano. Universidad Central Caracas-Venezuela. [En línea] [Fecha de acceso 04 de junio del 2010]; disponible en:

<http://www.maternofetal.net/6padula.html>

23. Infancia: Cuidados generales del recién nacido. Clínica Universidad de Navarra. [En línea] [Fecha de acceso 14 de junio del 2010]; disponible en:

<http://www.cun.es/areadesalud/tu-perfil/infancia/cuidados-generales-del-recien-nacido/>

24. El Recién Nacido - Los Patrones del Sueño. Rush University Medical Center. [En línea] [Fecha de acceso 14 de junio del 2010]; disponible en:

<http://www.rush.edu/spanish/speds/newborn/behrslep.html>

25. ROSALES, Santiago; MONTAÑA, Luis y LÓPEZ, M.A. Primeros Auxilios: Atlas Práctico de urgencias médicas. España: Editorial CULTURAL, S.A., 2006. p. 14-21,24-29.

26. Material Educativo "Audiovisuales". Fundación Universitaria L.A. [En línea] [Fecha de acceso 08 de junio del 2010]; disponible en: <http://www.slideshare.net/rocifer/presentacin-material-educativo-audiovisuales>

27. RODRIGUEZ BRAVO, Angel. La dimensión sonora del lenguaje audiovisual. 1Ed. España: Ediciones Paidó Ibérica, S.A., 1998. p. 15-16,22-31.

28. CASTILLO, José María. Elementos del Lenguaje Audiovisual. Madrid-España. Ediciones: Instituto Oficial Radio y Televisión-IORTV, 2000.

29. FERNANDEZ DIAZ, Federico y MARTINEZ ABADIA, Jose. Manual básico de lenguaje y narrativa audiovisual. España: Ediciones Paidó Ibérica, S.A., 1999. p. 13-18.

30. Manual de Técnicas Participativas.

[En línea] [Fecha de acceso 03 de Enero del 2011]; disponible en:

<http://www.rlc.fao.org/proyecto/163nze/pdf/comunicacion/4.pdf>

31. El Rol de la Enfermera en el Cuidado del paciente y en el Desarrollo Regional y del país. [En línea] [Fecha de acceso 16 de junio del 2010]; disponible en:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/situa/2004_n2/Pdf/a07.pdf

32. Métodos de educación para la salud. España, 2008. [En línea] [Fecha de acceso 30 de junio del 2010]; disponible en:

<http://enferupp.blogspot.com/2008/07/mtodos-de-educacin-para-la-salud.html>

BIBLIOGRAFÍA

AGENCIA DE TECNOLOGIA MEDICA. Manual de Planificación de Cuidados en Neonatología: Cuidados Básicos del Recién Nacido y su Familia, 2004. p. 4-16.

ALONSO URÍA, Rosa y Col. “Educación a madres adolescentes para el cuidado de los hijos”. Hospital Docente Gineco-obstétrico de Guanabacoa, Cuba; 2000.

BRIZUELA, Karina y Col. “Nivel de conocimiento de las pacientes en relación a los cuidados del recién nacido en la unidad Go4 en el Hospital Central Universitario Antonio María Pineda”. Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado, Venezuela; 2004.

CANESSA, Patricia y NYKIEL, Connie. Manual para la educación en salud integral del adolescente. OPS/OMS, 1997. p. 68,110.

CALDERÓN CANDIA, Yaqueline. “Influencia de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre prácticas de autocuidado durante el puerperio en adolescentes”. [Tesis Licenciatura]. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú; 2007.

CASTILLO, José María. Elementos del Lenguaje Audiovisual. Madrid-España. Ediciones: Instituto Oficial Radio y Televisión-IORTV, 2000

El Recién Nacido - Los Patrones del Sueño. Rush University Medical Center. [En línea] [Fecha de acceso 14 de junio del 2010]; disponible en: <http://www.rush.edu/spanish/speds/newborn/behrslep.html>

El Rol de la Enfermera en el Cuidado del paciente y en el Desarrollo Regional y del país. [En línea] [Fecha de acceso 16 de junio del 2010]; disponible en:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/situa/2004_n2/Pdf/a07.pdf

FERNANDEZ DIAZ, Federico y MARTINEZ ABADIA, Jose. Manual básico de lenguaje y narrativa audiovisual. España: Ediciones Paido Ibérica, S.A., 1999. p. 13-18.

FLORENZANO URZUA, Ramón. El adolescente y sus conductas de riesgo. 2 Ed: Ediciones Universidad Católica de Chile, 1997. p. 51.

GINECO/WEB: Cuidado ambulatorio del recién nacido sano. Universidad Central Caracas-Venezuela. [En línea] [Fecha de acceso 04 de junio del 2010]; disponible en: <http://www.maternofetal.net/6padula.html>

Guía de cuidados del recién nacido. Hospital Universitario Reina Sofia.
Edita Dirección de Enfermería Unidad de Docencia, Calidad, e
Investigación de Enfermería. [En línea] [Fecha de acceso 04 de junio
del 2009]; disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs/enfermeria_2003/publicaciones/recien_nacido.pdf

Infancia: Cuidados generales del recién nacido. Clínica Universidad de Navarra. [En línea] [Fecha de acceso 14 de junio del 2010]; disponible en:

<http://www.cun.es/areadesalud/tu-perfil/infancia/cuidados-generales-del-recien-nacido/>

JIMÉNEZ, Vanesa y HURTADO, Ivonne. “Apoyo Educativo de Enfermería en Cuidados Maternales de las Adolescentes Primíparas”. En Rev. Desarrollo Científico Enfermería. Vol 15 N°2, Marzo 2007. p. 66-68

Manual de Técnicas Participativas.

[En línea] [Fecha de acceso 03 de Enero del 2011]; disponible en:

<http://www.rlc.fao.org/proyecto/163nze/pdf/comunicacion/4.pdf>

MARRINER TOMEY, Ana y RAILE ALLIGOOD, Martha. Modelos y Teorías en Enfermería. 6ta. Editorial. Barcelona-España, 2007. p. 269-274.

MARSHALL, María y PÉREZ, Luz. Propuestas para Políticas Publicas: Sexualidad, embarazo y maternidad adolescente. MIMDES, 1994. p. 21-26.

Material Educativo "Audiovisuales". Fundación Universitaria L.A. [En línea] [Fecha de acceso 08 de junio del 2010]; disponible en:
<http://www.slideshare.net/rocifer/presentacin-material-educativo-audiovisuales>

Métodos de educación para la salud. España, 2008. [En línea] [Fecha de acceso 30 de junio del 2010]; disponible en:
<http://enferupp.blogspot.com/2008/07/mtodos-de-educacin-para-la-salud.html>

MINDES. Potenciación del papel de la mujer y salud reproductiva, vínculos a lo largo de la vida; 2001. p. 4-5, 10-11.

NORIEGA BURGA, María y SILUPÚ BARRIENTOS, Santos. : "Cuidar - Cuidado de Enfermería a las madres y recién Nacidos sanos desde

una perspectiva cultural - Hospital de Apoyo I “José Alfredo Mendoza Olavarría. Tumbes, julio 2004 - enero 2005 “. [Tesis Licenciatura]. Universidad Nacional de Tumbes, Perú; 2005.

OMS /Datos y Estadísticas/ Centro de Prensa: Mortalidad Materna 2010. [En línea] [Fecha de acceso 03 de Enero del 2011]; disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

PERINAT MACERES, Adolfo. Los adolescentes del siglo XXI.1 Ed: Editorial UOC, 2003. p. 87-95,193-199.

PERU SITUACION SOCIAL DE LAS MADRES ADOLESCENTES. [En línea] [Fecha de acceso de 29 noviembre del 2010]; disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/INEI-Peru-Situacion-social-madres-adolescentes.pdf>

RODRIGUEZ BONITO, Rogelio. Manual de Neonatología. España: Mc Graw Hill Interamericana Editores, 2001. p. 43-59,369-371.

RODRIGUEZ BRAVO, Angel. La dimensión sonora del lenguaje audiovisual. 1Ed. España: Ediciones Paido Ibérica, S.A., 1998. p. 15-16,22-31.

ROSALES, Santiago; MONTAÑA, Luis y LÓPEZ, M.A. Primeros Auxilios: Atlas Práctico de urgencias médicas. España: Editorial CULTURAL, S.A., 2006. p. 14-21,24-29.

SANCHEZ PINARES, Gloria. “Efectividad de una dinámica grupal para madres adolescentes en el conocimiento y practicas del cuidado del recién nacido en el Hospital Nacional Hipólito Unanue Noviembre 2005 - Febrero 2006” [Tesis Especialidad: Enfermería Pediátrica]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú; 2006.

TORRES, IDRECH, Carmen .Madres adolescentes: una realidad cercana y preocupante. 2004. p. 8-14.

VARÓN, Milagros y Col. “Lactancia materna en madres adolescentes. Una visión del cuidado humano”, Revista indexada en LATINDEX. [En línea] [Fecha de acceso 26 de mayo del 2010]; disponible en:
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1244/1/Lactancia-materna-en-madres-adolescentes-Una-vision--del-cuidado--humano.html>

WHALEY and WONG. Enfermería Pediátrica. 4ta. Ed. España: Editorial Mosby / Doyma, 1995. p. 150,164-178,192-194.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO	TITULO
A	ENTREVISTA-ENCUESTA
B	TECNICA AUDIOVISUAL-PARTICIPATIVA: “CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOGAR”
C	LIBRETO DE LA TÉCNICA AUDIOVISUAL-PARTICIPATIVA: CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOGAR
D	OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE
E	DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA
F	VALIDEZ DEL INSTRUMENTO. PRUEBA BINOMIAL
G	CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

H	CONSENTIMIENTO INFORMADO
I	PRUEBA DE MANN WHITNEY
J	RELACION ESTADISTICA DE VARIABLES
K	TABLA N°1: RANGO DE EDAD DE LAS MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS INMP. LIMA-PERÚ. 2010
L	TABLA N° 2: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS. INMP. LIMA-PERÚ. 2010
M	TABLA N° 3: ESTADO CIVIL DE LAS MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS. INMP. LIMA-PERÚ. 2010
N	TABLA N° 4: PERSONAS QUE CONVIVEN CON LAS MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS. INMP. LIMA-PERÚ. 2010

- Ñ** TABLA N° 6: CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO, ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE CADA TÉCNICA EDUCATIVA, CON RESPECTO A LACTANCIA MATERNA. INMP. LIMA-PERÚ. 2010
- O** TABLA N° 7: CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO, ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE CADA TÉCNICA EDUCATIVA, CON RESPECTO A LA HIGIENE DEL BEBÉ. INMP. LIMA-PERÚ. 2010
- P** TABLA N° 8: CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO, ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE CADA TÉCNICA EDUCATIVA, CON RESPECTO AL DESCANSO Y SUEÑO DEL BEBÉ. INMP. LIMA-PERÚ. 2010
- Q** TABLA N° 9: CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE LOS CUIDADOS DEL

RECIÉN NACIDO, ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE CADA TÉCNICA EDUCATIVA, CON RESPECTO A LAS ELIMINACIONES DEL BEBÉ. INMP. LIMA-PERÚ. 2010

R TABLA N° 10: CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO, ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE CADA TÉCNICA EDUCATIVA, CON RESPECTO A SIGNOS DE ALARMA. INMP. LIMA-PERÚ. 2010

S TABLA N° 11: CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO, SEGÚN CADA TÉCNICA EDUCATIVA, CON RESPECTO AL AFECTO. INMP. LIMA-PERÚ. 2010

ANEXO A
ENTREVISTA-ENCUESTA

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



PRESENTACION

Muy buenos días, mi nombre es María Isabel Moya Malásquez, soy Interna de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. En esta oportunidad me dirijo a su persona para poder realizarle una pequeña entrevista acerca de los cuidados al recién nacido que usted haya podido identificar luego de la educación recibida en el servicio. De antemano tenga por seguro que la información brindada es totalmente confidencial y anónima.

I. Datos Generales:

1. Edad:

- a) 10-13 años ()
- b) 14-16 años ()
- c) 17-19 años ()

2. Estado Civil:

- a) M. soltera ()
- b) Casada ()
- c) Conviviente ()

3. Grado de Instrucción:

- a) Primaria incompleta
- b) Primaria completa
- c) Secundaria Incompleta
- d) Secundaria Completa
- e) Superior Incompleta

4. Con quien vive usted:

- a) Padres.
- b) Tía
- c) Pareja
- d) Sola
- e) Otros:.....

5. Número de cama:

6. Fecha de nacimiento del bebé:

Sexo:

☐ M

☐ F

7. Fecha de la entrevista:

II. Datos específicos:

1. ¿En qué posición debe estar usted, al momento de dar de lactar?

- a) Sentada.
- b) Acostada.
- c) En una postura cómoda.
- d) No sabe

2. ¿En que posición debe estar el niño, al momento de lactar?

- a) Totalmente echado.
- b) Semi-sentado
- c) Sentado.
- d) No sabe

3. ¿Cómo debe tener usted la posición de las manos al momento de lactar?

- a) Cuatro dedos por debajo y pulgar hacia arriba.
- b) Dos dedos abajo y dos dedos arriba.
- c) No necesito agarrar
- d) No sabe

4. ¿Cada cuántas horas usted da de lactar a su bebé?

- a) A demanda.
- b) Cada 3 horas.
- c) Cada 4 horas.
- d) No sabe

5. ¿Por dónde empieza usted a bañar a su bebé?

- a) Por la cabeza
- b) Por cualquier lado de su cuerpo
- c) Por la barriguita

d) No sabe

¿Cuánto tiempo debe demorar el baño?

a) 5 minutos

b) 15 minutos

c) ½ hora

d) No sabe

6. Y los ojitos ¿Cómo los limpia?

a) De adentro hacia afuera con un pañito

b) De afuera hacia adentro con un pañito

c) Con un pañito, por cualquier lado, eso no importa.

d) No sabe

7. Y las orejitas ¿Cómo las limpia?

a) Con hisopo, tanto la parte externa como la interna.

b) Con un pañito doblado, la parte externa.

c) No es necesario limpiar

d) No sabe

8. ¿Cómo limpiaría los orificios de la nariz de su bebé?

Especifique.....

9. ¿Cómo realiza usted la curación el cordón umbilical de su bebé, cuando aún no se ha caído?

- a) De arriba abajo, con alcohol al 70%
- b) De abajo hacia arriba, con alcohol al 70%
- c) De arriba y abajo y viceversa, varias veces, con alcohol al 70%
- d) No sabe

10. Al momento del cambio de pañal, al observar que su bebé ha hecho deposición, ¿Cómo le limpia?

Si es mujer:.....

Si es hombre:.....

11. ¿Sabe usted cuántas horas al día va a dormir su bebé en este primer mes?

- a) De 16 a 20 horas.
- b) 10 horas.
- c) 15 horas.
- d) No sabe

12. ¿Cuál es la posición en que debe colocar al niño en su cama al momento de dormir?

- a) Boca abajo

- b) Boca arriba con la cabeza lateralizada (de costado)
- c) Como se sienta más cómodo
- d) No sabe

13. ¿Todo recién nacido hace deposiciones negras en los primeros días, el meconio, sabe usted a los cuántos días debe tener deposiciones de color normal?

- a) A la semana
- b) A los 4 días
- c) En un día
- d) No sabe

14. ¿Cómo cree usted que deben ser las deposiciones?

- a) Primero negruzcas, luego marrón verdoso y finalmente amarillas pastosas.
- b) Primero negruzcas y pasarán a ser amarillas de consistencia normal.
- c) Primero negruzcas y luego marrones.
- d) No sabe

15. ¿Usted cree que le debe hablar, acariciar, arrullar, cantar a su bebé?

- a) Si

b) No

Porque:.....

16. ¿En qué caso llevaría usted al médico a su bebé? (No leerle las posibles respuestas, registrar solo lo que la madre manifiesta)

a) Vómitos ()

b) Duerme todo el tiempo ()

c) Fiebre ()

c) Cambio en la coloración de la piel:
amarillento o azulado. ()

e) Convulsiones. ()

f) Llanto incontrolable. ()

g) Aumento de la respiración. ()

h) Diarrea o estreñimiento. ()

i) No quiere lacta ()

ANEXO B

TECNICA AUDIOVISUAL-PARTICIPATIVA: “CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOGAR”

ANEXO C

LIBRETO DE LA TÉCNICA AUDIOVISUAL-PARTICIPATIVA: CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOGAR

ESCENA I

EL BAÑO DEL RECIÉN NACIDO

TOMA 1:

- La toma de los materiales y preparación de estos.

Debemos tener preparado nuestro material el cual será:

Una tina, un recipiente, la toallita del bebé, el jabón, la ropita, una toallita pequeña y su pañal. Lo primero que haremos es preparar el agua, echaremos en la tina alrededor de 25 a 30cm, primero el agua fría y luego el agua caliente; para verificar la temperatura del agua lo haremos con el codo porque nuestras manos ya están acostumbradas al calor, y lo que queremos es tener el agua ideal para bañar al bebé, la cual debe estar entre 36.5°C a 37.5°C, teniendo en cuenta que esta es la temperatura del bebé, para no ocasionarle una disminución de su temperatura, lo cual puede llevarlo a serias complicaciones.

TOMA 2:

- Lavado de manos antes de tocar al niño

Lo primero que se hará es el lavado de manos de la mamá o de la persona encargada del bebé, usando sólo agua y jabón

TOMA 3:

- La toma de la posición para el lavado de de la cabeza.

Una vez que hemos desvestido al bebé lo envolvemos en una cobijita mientras le aseamos la cabecita. Nunca olvides que tienes que empezar el baño por cabeza hacia los pies.

TOMA 4:

- La toma del lavado de cabeza.

La forma correcta de coger al bebé es apoyarlo en un solo brazo, empezamos por la carita sólo con agua, luego con una toallita pequeña o pañito limpiamos los ojos de adentro hacia fuera una sola vez. A continuación la limpieza de la nariz, para esto usamos un pañito en forma de tornillo hacia abajo y sin temor limpiamos. Seguidamente con otro pañito y con el extremo doblado limpiamos la parte externa de las orejas, no usamos hisopo el cual, si se inserta en el canal, puede dañar el oído; y luego aseamos el cabello con masajes en forma circular.

TOMA 5:

- **La toma de la posición para el lavado del cuerpo del bebé y el lavado de éste.**

Ahora si introducimos al bebé en la tina. Empezamos por el cuello con masajes suaves y rotativos, seguimos por los brazos, las axilas, la barriguita y las piernas. Para la limpieza de los genitales, lavamos de adelante hacia abajo, en el caso de las mujercitas y el pene y el escroto en los hombrecitos por debajo y alrededor del prepucio retrayéndolo con suavidad.

Para lavarlo por atrás se cambia de posición las manos, apoyando el mentón del bebé en el antebrazo, seguido también de masajes suaves y rotativos. Luego lo enjuagamos con el agua adicional, que tenemos previamente ya preparada. Además el baño del bebé no debe demorar más de 5 minutos.

TOMA 6:

- **La toma de la posición para el secado general del bebé.**

Sacamos al bebé, de la tina y procedemos a secarlo, cuidando el secado de la cabeza, ya que representa la cuarta parte de la superficie corporal y por ello, un secado incompleto puede provocar pérdida

importante de calor por evaporación. Ciertas zonas como los pliegues del cuello, las axilas y las arrugas de las articulaciones, requieren una atención especial; por ejemplo el cuello es especialmente propenso a presentar salpullido por regurgitación del alimento, los famosos chanchitos; y debe ser secado presionando la toalla contra la piel y no frotando, para evitar la irritación de la piel.

No olvidar el recorte de las uñas de las manos y de los pies, de ser necesario.

TOMA 7:

- La toma de las complicaciones de no hacerse una buena higiene general.

En caso de no hacerse una higiene adecuada, el bebé puede presentar: eritema, infección del cordón umbilical, infección de oído, enrojecimiento en los pliegues, salpullido en el cuerpo, entre otros.

ESCENA II

LIMPIEZA DEL CORDÓN UMBILICAL

TOMA 1:

- La toma de la preparación de los materiales.

Para esto necesitamos sólo gasas y alcohol al 70%.

TOMA 2:

- La toma del procedimiento.

La limpieza de cordón umbilical, debe realizarse humedeciendo una gasa con alcohol al 70%, desde la parte basal hacia arriba; se limpiará el cordón retirando las secreciones en caso de existir, ya que de eso depende que se seque y se caiga el cordón.

Dejando el cordón umbilical fuera del pañal para que no se contamine con la orina o deposición. La caída ocurre entre los 5 a 7 días del nacimiento en la mayoría de los casos.

ESCENA III

DEPOSICIÓN

TOMA 1:

- Duración y consistencia de las deposiciones

El bebé en los dos primeros días hará una deposición negruzca, a la cual llamaremos meconio; días después esta serán marrón verdoso. Pasando en el cuarto día a ser amarillas de consistencia pastosa siendo estas las deposiciones de leche.

ESCENA IV

CAMBIO DE PAÑAL

TOMA 1:

- El lavado de manos antes de tocar al niño.**

Siempre tenemos que tener en cuenta el lavado de manos, esta medida reduce cualquier tipo de complicación al bebé.

TOMA 2:

- La toma de los materiales.**

Para esto necesitamos una bolsa, algodones humedecidos o pañitos si es que se puede; y un pañal nuevo.

TOMA 3:

- La toma del lugar donde se cambiará al bebé.**

Es preferible que el bebé tenga su propio espacio en la hora del cambio del pañal o de la ropa; si en caso se utiliza la cama de los adultos, siempre usar una colcha que sea sólo uso del bebé.

TOMA 4:

- La toma del cambiado del pañal.

Primero acomodamos al bebé.

Segundo usamos una primera torunda de algodón húmeda para limpiar uno de los pliegues de arriba hacia abajo una sola vez; con una segunda torunda para el otro pliegue de la misma manera.

Tercero con unas dos o tres torundas más, o las necesarias para limpiar los genitales:

- La limpieza de los genitales masculinos consiste en el lavado del pene y del escroto. Limpiando por debajo y alrededor del prepucio, retrayéndolo con suavidad sólo hasta donde llegue y volviéndolo a su posición normal. Si el prepucio se deja retraído, comprime los vasos sanguíneos que nutren el glánde del pene y causa hinchazón y complicaciones.

- En caso de las mujercitas se realiza en dirección de adelante hacia atrás, nunca regresar con la torunda en sentido contrario de esta manera se genera protección contra infecciones urinarias.

Con otra torunda se limpian las nalgas y el área anal para retirar cualquier material fecal. Se secan bien para evitar que queden zonas

calientes y húmedas. Evitar el uso de toallitas húmedas, porque éstas poseen un producto tóxico que puede dañar al bebé, sólo pueden ser usadas para limpiar las nalgas del bebé más no para su genitales.

En caso no de no hacerse una higiene adecuada al bebé puede presentar enrojecimiento en los pliegues.

Finalmente retiramos el pañal sucio y colocamos el limpio

ESCENA V

LA TEMPERATURA Y EL ABRIGO

TOMA 1:

- La toma del abrigo del bebé.

Es necesario mantenerlo adecuadamente abrigado, pero sin excesos.

La ropa es mejor que sea de algodón, ya que la lana les puede irritar la piel. Evitar el uso de manoplas, o de fajas en el bebé, el necesita sentirse libre, recordemos que esta en un proceso de adaptación.

Mantener los pañales, su ropita y los cobertores lo suficientemente ligeros ya que en esta etapa suelen sudar mucho, y pueden llegar a perder líquido esencial para su funcionamiento normal; además para

permitir mayor expansión respiratoria, es decir para que el bebé pueda respirar bien.

TOMA 2:

-Temperatura normal en el bebé.

Recordemos que la temperatura normal en el recién nacido debe estar entre 36,5-37,5°C, acorde al ambiente en donde se encuentra el bebé, de la cantidad de ropita que tenga y de la lactancia materna, ya que ésta tiene propiedades para mantener la temperatura ideal en el recién nacido.

ESCENA VI

LACTANCIA MATERNA

TOMA 1:

- La toma de las medidas higienes, previas a dar de lactar.

Para empezar se debe mantener un ambiente tranquilo y agradable a la hora de dar de lactar; la mamá debe tener el cabello recogido; además de un previo correcto lavado de manos con agua y jabón; y también el lavado de las mamas sólo con agua y de manera rotativa.

TOMA 2:

- La toma de la posición de la madre y la postura del bebé.

La posición para dar de lactar al bebé requiere que la madre se encuentre en una posición cómoda, y coloque al recién nacido semi-sentado sobre su brazo, con la cabeza cerca del codo y las nalgas apoyadas en la mano.

TOMA 3:

- La toma de la técnica de la lactancia materna.

La boca del neonato esta cerca del pecho, si la madre le toca la mejilla con su pezón, él se vuelve hacia el pezón y abre su boca, evidenciándose el reflejo de búsqueda, entonces la mamá inserta el pezón y la areola, es decir, toda la parte negruzca en el interior de la boca tan profundo como le sea posible. Esto permite que el bebé masajee la mama extrayendo la leche del sistema colector.

TOMA 4:

- La toma de la posición de las manos de la mama para dar de lactar.

La mano libre presiona el pecho con el pulgar por arriba y los cuatro primeros dedos por debajo, esto evita la obstrucción del conducto mamario.

TOMA 5:

- La toma del tiempo de la lactancia.

Dejar al niño que mame el tiempo suficiente hasta que vacíe el pecho y se separe espontáneamente, este tiempo oscila entre los 15 minutos por cada mama. Al principio de la toma, la leche es rica en proteínas y carbohidratos, mientras que al final lo es en grasas. Por ésta razón, si no permitimos que tome el pecho el tiempo suficiente para ingerir la leche final, el niño tomará menos grasa, con lo que quedará menos saciado y ganará menos peso.

TOMA 6:

- La toma de la posición del bebé luego de la lactancia.

A mitad de la toma y al finalizar ésta, coloque al bebé, en posición ligeramente elevada sobre su hombro para permitir que eructe, o también dejarlo en decúbito lateral derecho, de costadito. Estas posiciones reducen el riesgo de aspiración al facilitar el vaciado gástrico y eliminar gases.

TOMA 7:

- Horario de la lactancia materna

Recuerda que el horario de lactada, esta determinados por el hambre del bebé. Recuerda la lactancia materna debe ser exclusiva es decir sólo leche materna durante los seis primeros meses, es vital para su buen crecimiento y desarrollo, evita las agüitas.

ESCENA VII

EL SUEÑO

TOMA 1:

- Horas de sueño del bebé.

Por lo general, los recién nacidos duermen entre dieciséis a veinte horas al día, y ya que tienen un estómago pequeño, deben despertarse cada dos o máximo cada tres horas para comer, ya que debes recordar que durante este tiempo su estómago asimila la leche ingerida y ocurre el vaciamiento gástrico.

Los bebés, al igual que los adultos, tienen distintas etapas y grados de profundidad del sueño, ellos también pueden asustarse sin que esto signifique algo malo para el bebé.

TOMA 2:

- La toma de la forma de dormir del bebé

Es normal que el bebé, duerma con los párpados caídos, posiblemente abriendo y cerrando los ojos; o que se mueva y puede sobresaltarse al oír ruidos; o tal vez este tranquilo y no se mueva; esto dependerá si está en un sueño liviano o profundo, eso es normal.

TOMA 3:

- La toma de la posición para que el bebé duerma.

La posición para que el bebé pueda dormir bien es boca arriba y con la cabecita de costado, facilitando la respiración, y se evita posibles aspiraciones, es decir, que su alimento en vez de pasar a su mismo aparato digestivo vaya al respiratorio lo cual le puede causar graves complicaciones respiratorias, como neumonías e incluso la muerte.

ESCENA VIII

EL AFECTO

TOMA 1:

- Formas de brindar afecto al bebé.

Mantenerlo cargado cerca del corazón ayuda a calmarlo, ya que eso le hace recordar cuando él estaba en el vientre; y al estar apretadito y rodeado lo hace sentir bien. Siempre dile que lo quieres, que es importante para ti; ten por seguro que él responderá atentamente, a los abrazos, a las sonrisas y a los arrullos.

El afecto provocará un buen desarrollo en el bebé y evitara posibles problemas psicológicos.

ESCENA IX

SIGNOS DE ALARMA

Durante el periodo neonatal, los signos de enfermedad son simples y a la vez muy sutiles, entre los principales destacan:

A. Vómitos

B. Somnolencia inusual

- C. Variación en la temperatura
- D. Aumento de la respiración
- E. Coloración
- F. Tipos de deposiciones
- G. Llantos excesivos o inexplicables
- H. Convulsiones
- I. No quiere lactar

ANEXO D

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Definición operacional	Valor final
Conocimiento de la madre adolescente sobre los cuidados del recién nacido	Es el saber basado en la capacidad estructural del ser, la experiencia por medio de	Lactancia materna	a) Técnica de la lactancia materna: - Posición de la madre. - Postura del bebé. - Posición de las manos b) Frecuencia de lactancia materna.	Contenido que tienen la madres adolescentes primíparas sobre el conjunto de	El valor final será definido por el conocimiento: - CORRECTO (Acerto más del

nacido.	conceptos constructos existentes en la ciencia.	Higiene	a) Baño inmersión y duración b) Higiene de los ojos c) Higiene del conducto auditivo d) Higiene de las fosas nasales e) Higiene del cordón umbilical. f) Higiene de genitales externos.	acciones que deben ejecutar en beneficio del recién nacido, para mantener su óptimo estado de salud. En donde las acciones conducen a un objetivo.	50% de las respuestas) - INCORRECTO (Del 50% a menos de las respuestas correctas) - DESCONOCE TOTALMENTE (Más del 50% de las
		Sueño	a) Horas / día b) Posición para dormir.		
		Eliminación	a) Cambios en los patrones de deposición.		

		<p>Afecto</p> <p>Signos de alarma</p>	<p>b) Consistencia y características de deposición.</p> <p>a) Comunicación Verbal (Diálogo, canto)</p> <p>b) Comunicación No Verbal (Caricias)</p> <p>a) Vómitos</p> <p>b) Letárgico (Somnolencia inusual)</p> <p>c) Variación de temperatura (Fiebre)</p>		<p>respuestas contestadas como “No sabe”)</p>
--	--	---------------------------------------	--	--	---

			<p>d) Aumento de la respiración.</p> <p>e) Coloración (azulada, amarillenta)</p> <p>f) Convulsiones</p> <p>g) Llanto incontrolable</p> <p>h) Diarrea o estreñimiento.</p> <p>i) No quiere lactar</p>		
--	--	--	--	--	--

ANEXO E

DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO MUESTRAL

Primero se determinó la población total de madres adolescentes primíparas de recién nacido, tomando el promedio de los atendidos en los últimos tres meses (N=195, 192 y 192), en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

Se consideró un nivel de confianza del 95%, un error estándar de 0.083 y una proporción de madres adolescentes primíparas (p=0.5), con nivel de conocimientos adecuado, este ultimo valor (p) considerado porque no hay información histórica.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

n =Tamaño muestral.

N = 192 Población Total de madres adolescentes primíparas de recién nacido.

Z_α = valor de z=1.96, para el intervalo de confianza 95%.

p = Proporción de madres adolescentes primíparas de recién nacido con nivel de conocimientos adecuado. 50%, es la proporción esperada.

q = 50%, ($q = 1-p$); Proporción de madres adolescentes primíparas de recién nacido con nivel de conocimientos inadecuado.

e = Error estándar; 8,3% de precisión

Calculando el tamaño muestral:

$$n = \frac{192 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.083^2 * 191 + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = \frac{184.4}{2.28} = 81$$

Se obtuvo un tamaño muestra de 81 madres adolescentes, los cuales serán encuestados, considerando que la muestra de pacientes que ingresarán al estudio son los que cumplan con los criterios de inclusión.

ANEXO F

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

ITEM	Nº DE JUEZ							P
	1	2	3	4	5	6	7	
1	1	1	1	1	1	1	1	0.008
2	1	1	1	1	1	1	1	0.008
3	1	1	1	1	1	0	1	0.072
4	1	1	1	1	1	1	1	0.008
5	1	1	1	1	1	0	1	0.072
6	1	1	1	1	1	1	1	0.008
7	1	1	1	0	1	1	1	0.072

FAVORABLE = 1 (SI)

DESFAVORABLE = 0 (NO)

$$p = \frac{\sum \text{ítem}}{n}$$

$$p = \frac{0.248}{7}$$

$$p = 0.03$$

$p < 0.05$ el grado concordancia es significativa.

ANEXO G

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

- Índice de consistencia interna:

ALFA DE CRONBACH

$$\alpha = \frac{\sum_{i=1}^n \sigma_i^2}{\sum_{i=1}^n \sigma_i^2 + \sigma_e^2} = \frac{\sum Var}{VarTotal}$$

Estadística de Confiabilidad del instrumento

PROGRAMA SPSS

Cronbach's Alpha		
Cronbach's Alpha	Based on Standardized Items	N of Items
0,83	0,825	22

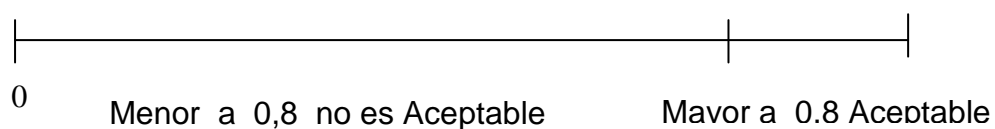
- Análisis por cada Ítem, programa Estadístico SPSS:

		Cronbach's Alpha if
		Deleted
Item-Total Statistics		
	Corrected Item-Total Correlation	
Posición de la madre al dar de lactar(LM)	0,65	0,82
Posición del niño al lactar(LM)	0,58	0,83
Posición de las manos al momento de lactar(LM)	0,69	0,80
Horario de lactadas (LM)	0,63	0,83
Dirección para el inicio del baño(H)	0,49	0,82

Duración del baño del bebé(H)	0,50	0,83
Limpieza de ojos(H)	0,49	0,81
Limpieza de orejas(H)	0,55	0,80
Curación el cordón umbilical (H)	0,60	0,81
Posición para dormir(S)	0,51	0,80
Horas al día de sueño del bebé(S)	0,52	0,82
Cambio en patrones de deposición(D)	0,43	0,82
Características de deposición(D)	0,55	0,81
Vómitos(SA)	0,49	0,82
Duerme todo el día(SA)	0,50	0,80
Fiebre(SA)	0,28	0,83
Cambio en la coloración(SA)	0,34	0,81
Convulsiones(SA)	0,53	0,83
Llanto incontrolable(SA)	0,49	0,82
Aumento de la respiración(SA)	0,38	0,83
Diarrea o estreñimiento(SA)	0,40	0,81
No quiere lactar(SA)	0,48	0,82

En términos generales, el instrumento arroja un alfa de **0,83** lo que indica un nivel aceptable de confiabilidad.

Instrumento Confiable
o repetible



ANEXO H

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado para participantes del grupo experimental:

EFICACIA DE UNA TÉCNICA AUDIOVISUAL-
PARTICIPATIVA EN EL CONOCIMIENTO DE LAS MADRES
ADOLESCENTES PRIMÍPARAS SOBRE LOS CUIDADO DEL RECIÉN
NACIDO. INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. 2010

- Usted ha sido invitada a participar en esta investigación, considerando la importancia que tiene los cuidados del recién nacido en el hogar por parte de una madre adolescente primípara mediante una técnica audiovisual. La investigación consiste en que los que participen se les proyectará un video sobre el cuidado del recién nacido, a modo de ayudar a las nuevas mamás a atender a sus hijos cuando vayan a casa. Luego se le harán unas preguntas para ver si se entendió el mensaje del video.
- Esta investigación es realizada por la Srta. Maria Isabel Moya Malásquez Interna de Enfermería de la UNMSM.
- Usted fue seleccionada para participar en esta investigación por su edad, ya que sólo intervienen madres adolescentes, siendo

determinado al azar, de acuerdo a su ingreso al servicio durante el primer o segundo día post parto.

- Es importante que usted sepa que este estudio es exclusivamente de índole informativo, habrá por tanto una entrevista antes del video, luego se proyectará el video “Cuidados del Recién Nacido en el Hogar”, y posteriormente se realizará la entrevista-encuesta.

- El participar en este estudio le tomará aproximadamente 15 minutos por cada entrevista y aproximadamente 20 minutos que le tomará ver el video.

Riesgos y beneficios

- No existen riesgos para los que participen en la investigación ya que es informativa.

- **Los beneficios esperados de esta investigación son que usted pueda adquirir mayor información en relación a los cuidados al recién nacido, y que esta sea de manera entretenida y sencilla para su persona. Además si todas las madres que participan del video-foro y lo consideran “bueno” se podrá aplicar en el servicio a todas las madres, lo cual beneficiará a todas las mamás y los bebés.**

Confidencialidad

- La identidad del participante será protegida en todo momento, ya que la información de las entrevistas sólo serán manejadas por la autora.

Derechos

- Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad.
- También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.
- Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con la Dra. Rocío Cornejo Valdivia al 6197000 anexo 4641, asesora de investigación de la UNMSM.
- De tener alguna pregunta sobre sus derechos como participante o reclamación o queja relacionada con su participación en este estudio puede comunicarse con Instituto Nacional Materno Perinatal al teléfono 3281370 Anexo 1250.
- Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento

Desde ya le agradezco su participación.

_____	_____	_____
Nombre del padre o apoderado	Firma del padre o apoderado	Fecha

Firma de la adolescente

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con los de arriba firmantes. Les he explicado los riesgos y beneficios del estudio.

_____	_____	_____
Maria Isabel Moya Malásquez	Firma de la investigadora	Fecha

Consentimiento Informado para participantes del grupo control:

EFICACIA DE UNA TÉCNICA AUDIOVISUAL -
PARTICIPATIVA EN EL CONOCIMIENTO DE LAS MADRES
ADOLESCENTES PRIMÍPARAS SOBRE LOS CUIDADO DEL RECIÉN
NACIDO. INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. 2010

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Maria Isabel Moya Malásquez, Interna de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Con el fin de identificar los conocimientos antes y después de la educación recibida en el servicio, respecto a los cuidados del recién nacido.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de una entrevista-encuesta, la cual le tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de

esta investigación. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

_____	_____	_____
Nombre del padre o apoderado	Firma del padre o apoderado	Fecha

		Firma de la adolescente

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con los de arriba firmantes.

_____	_____	_____
Maria Isabel Moya Malásquez	Firma de la investigadora	Fecha

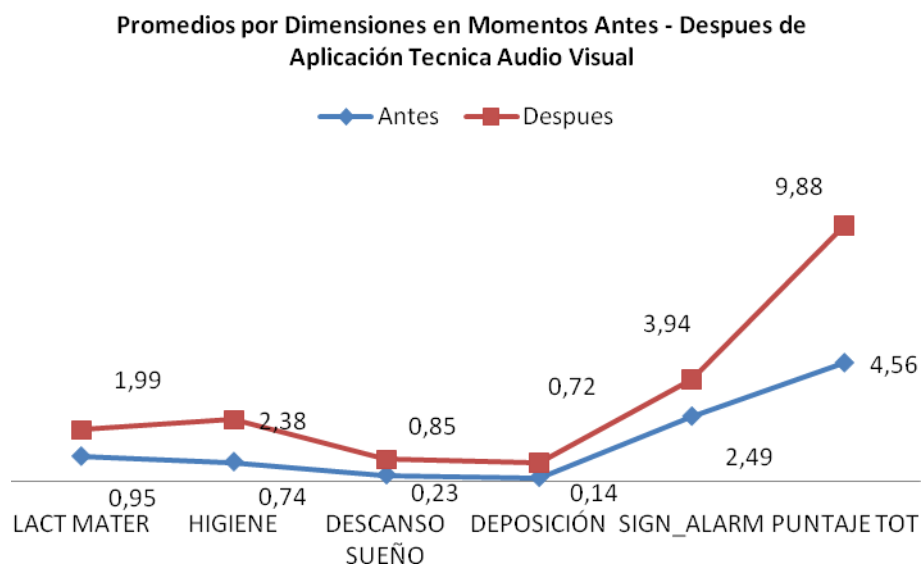
ANEXO I

PRUEBA DE MANN WHITNEY

Prueba de Mann Whitney por Dimensiones - Promedios en Momentos Antes - Después de Aplicación de la Técnica Audiovisual-Participativa

	Lactancia		Descanso y		Signos de	Puntaje
Prueba	Materna	Higiene	Sueño	Deposición	alarma	total
U de Mann-						
Whitney	1769.00	1503.50	2012.50	1925.50	2048.50	1312.50
Z	-5.26	-6.15	-4.95	-5.52	-4.25	-6.63
P valor	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Por lo tanto si $P \text{ valor} < 0,05$; se infiere que los puntajes promedios antes de la aplicación de la técnica audiovisual no es igual al promedio del momento después, aceptándose la hipótesis planteada.



ANEXO J

RELACION ESTADISTICA DE VARIABLES.

Técnica educativa		Puntaje Total			Total
		Incorrecto	Correcto	Desconoce totalmente	
Técnica Convencional	Antes de la aplicación	46	1	7	54
		85%	2%	13%	100%
	Después de la aplicación	47	1	6	54
		87%	2%	11%	100%
Técnica Audiovisual Participativa	Antes de la aplicación	25	0	2	27
		93%	0%	7%	100%
	Después de la aplicación	2	25	0	27
		7%	93%	0%	100%
Convencional: Chi Cuadrado=0 gl=1 P valor=1,0					
Técnica Audiovisual-participativa: Chi Cuadrado=50,14 gl=1 P valor=0,00					

De la técnica audiovisual-participativa, se obtiene:

- Un valor de Chi Cuadrado=50,14; lo cual indica que mientras mayor sea el valor de éste, mayor es la relación entre las variables.
- En tanto el P valor=0,00; arroja que existe asociación antes de la aplicación de ésta técnica y el puntaje total obtenido en el instrumento.

ANEXO K

TABLA Nº 1

RANGO DE EDAD DE LAS MADRES

ADOLESCENTES PRIMÍPARAS

INMP. LIMA-PERÚ

2010

Edad	Nº	%
17 a 19 años	53	65,4
14 a 16 años	25	30,9
10 a 13 años	3	3,7
Total	81	100,0

Fuente: Instrumento aplicado a madres adolescentes primíparas en el INMP

ANEXO L

TABLA Nº 2

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES
ADOLESCENTES PRIMÍPARAS
INMP. LIMA-PERÚ
2010**

Grado Instrucción	Nº	%
Secundaria	43	53,1
Incompleta		
Secundaria	35	43,2
Completa		
Superior	2	2,5
Incompleta		
Primaria	1	1,2
Completa		
Total	81	100,0

Fuente: Instrumento aplicado a madres adolescentes primíparas en el INMP

ANEXO M

TABLA Nº 3

ESTADO CIVIL DE LAS MADRES

ADOLESCENTES PRIMÍPARAS.

INMP. LIMA-PERÚ

2010

Estado Civil	Nº	%
Conviviente	44	54,3
Soltera	33	40,7
Casada	4	4,9
Total	81	100,0

Fuente: Instrumento aplicado a madres adolescentes primíparas en el INMP.

ANEXO N

TABLA Nº 4

PERSONAS QUE CONVIVEN CON LAS MADRES

ADOLESCENTES PRIMÍPARAS.

INMP. LIMA-PERÚ

2010

	Nº	%
Pareja	43	53,1
Padres	34	42,0
Otros	4	4,9
Total	81	100,0

Fuente: Instrumento aplicado a madres adolescentes primíparas en el INMP.

ANEXO Ñ

TABLA Nº 6

**CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE
LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO, ANTES Y DESPUÉS
DE LA APLICACIÓN DE CADA TÉCNICA EDUCATIVA,
CON RESPECTO A LACTANCIA MATERNA.**

INMP. LIMA-PERÚ

2010

Técnica educativa		Lactancia Materna			Total
		Incorrecto	Correcto	Desconoce totalmente	
Técnica Convencional	Antes de la aplicación	47	3	4	54
		87%	6%	7%	100%
	Después de la aplicación	47	6	1	54
		87%	11%	2%	100%
Técnica Audiovisual-Participativa	Antes de la aplicación	24	2	1	27
		89%	7%	4%	100%
	Después de la aplicación	4	22	1	27
		15%	81%	4%	100%

Fuente: Instrumento aplicado a madres adolescentes primíparas en el INMP.

ANEXO O

TABLA Nº 7

**CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE
LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO, ANTES Y DESPUÉS
DE LA APLICACIÓN DE CADA TÉCNICA EDUCATIVA,
CON RESPECTO A LA HIGIENE DEL BEBÉ.**

INMP. LIMA-PERÚ

2010

Técnica educativa		Higiene del bebé			Total
		Incorrecto	Correcto	Desconocido totalmente	
Técnica Convencional	Antes de la aplicación	24	3	27	54
		44%	6%	50%	100%
	Después de la aplicación	40	5	9	54
		74%	9%	17%	100%
Técnica Audiovisual-Participativa	Antes de la aplicación	9	18	0	27
		33%	67%	0%	100%
	Después de la aplicación	1	26	0	27
		4%	96%	0%	100%

Fuente: Instrumento aplicado a madres adolescentes primíparas en el INMP.

ANEXO P

TABLA Nº 8

**CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE
LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO, ANTES Y DESPUÉS
DE LA APLICACIÓN DE CADA TÉCNICA EDUCATIVA,
CON RESPECTO AL DESCANSO Y
SUEÑO DEL BEBÉ.
INMP. LIMA-PERÚ
2010**

Técnica educativa	Descanso y sueño del bebé			Total	
		Incorrecto	Correcto		Desconoce totalmente
Técnica Convencional	Antes de la aplicación	50	2	2	54
		92%	4%	4%	100%
	Después de la aplicación	44	1	9	54
		81%	2%	17%	100%
Técnica Audiovisual-Participativa	Antes de la aplicación	26	1	0	27
		96%	4%	0%	100%
	Después de la aplicación	2	24	1	27
		7%	89%	4%	100%

Fuente: Instrumento aplicado a madres adolescentes primíparas en el INMP.

ANEXO Q

TABLA Nº 9

**CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE
LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO, ANTES Y DESPUÉS
DE LA APLICACIÓN DE CADA TÉCNICA EDUCATIVA,
CON RESPECTO A LAS ELIMINACIONES DEL BEBÉ
INMP. LIMA-PERÚ
2010**

Técnica educativa		Eliminaciones del bebé			Total
		Incorrecto	Correcto	Desconoce totalmente	
Técnica Convencional	Antes de la aplicación	46	1	7	54
		85%	2%	13%	100%
	Después de la aplicación	48	2	4	54
		89%	4%	7%	100%
Técnica Audiovisual-Participativa	Antes de la aplicación	25	0	2	27
		93%	0%	7%	100%
	Después de la aplicación	10	14	3	27
		37%	52%	11%	100%

Fuente: Instrumento aplicado a madres adolescentes primíparas en el INMP.

ANEXO R

TABLA Nº 10

**CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE
LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO, ANTES Y DESPUÉS
DE LA APLICACIÓN DE CADA TÉCNICA EDUCATIVA,
CON RESPECTO A SIGNOS DE ALARMA
INMP. LIMA-PERÚ
2010**

Técnica educativa		Signos de alarma		
		Correcto	Desconoce totalmente	Total
Técnica Convencional	Antes de la aplicación	3	51	54
		6%	94%	100%
	Después de la aplicación	2	52	54
		4%	96%	100%
Técnica Audiovisual-Participativa	Antes de la aplicación	0	27	27
		0%	100%	100%
	Después de la aplicación	25	2	27
		93%	7%	100%

Fuente: Instrumento aplicado a madres adolescentes primíparas en el INMP.

ANEXO S

TABLA Nº 11

**CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE
LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO, SEGÚN
CADA TÉCNICA EDUCATIVA, CON
RESPECTO AL AFECTO
INMP. LIMA-PERÚ
2010**

	Frecuencia	Porcentaje
Incorrecto	3	4
Correcto	78	96
Total	81	100

Fuente: Instrumento aplicado a madres adolescentes primíparas en el INMP.